

«Das Zünglein an der Waage»

Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen, um einen Suizidversuch unmittelbar zu unterbrechen?

Mirco Müller
S 17 664 004

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: FS 2017
Eingereicht am: 12.04.2019
Begleitende Lehrperson: Sara Häusermann

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Abstract	5
1. Einleitung.....	1
1.1. Relevanz für die psychiatrische Pflegepraxis	2
1.2. Ziele und Fragestellung	4
1.2.1. Ziele der Arbeit	4
1.2.2. Fragestellung.....	5
1.2.3. Eingrenzungen	5
2. Theoretische Grundlagen	6
2.1. Begriffsdefinitionen	6
2.2. Theoretischer Hintergrund: Fachwissen	7
2.2.1. Suizidalität vs. Suizid-verhalten	8
2.2.2. Suizidgedanken.....	12
2.2.3. Zeitlicher Verlauf einer suizidalen Handlung	13
2.2.4. Erklärungsmodelle für Suizid-verhalten	13
2.2.5. Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens	16
2.3. Theoretischer Hintergrund: Evidence-based Nursing.....	18
3. Methode.....	20
3.1. Datenbankrecherche.....	20
3.1.1. Keywords	20
3.1.2. Limits.....	22
3.1.3. Suchstrategie	23
3.1.4. Ein- und Ausschlusskriterien	24
3.2. Ergebnisse der Literaturrecherche	25
4. Ergebnisse.....	27
4.1. Übersicht der eingeschlossenen Hauptstudien	28
4.2. Bildung der Ergebniskategorien	31
4.3. Beschreibung der Ergebniskategorien	32
4.3.1. Die suizidale Krise wahrnehmen.....	33
4.3.2. Unterstützungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und anwenden	34
4.3.3. Hinderungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und vermeiden	37
4.3.4. Eine professionelle Haltung zu Suizidalität erwerben und aufrechterhalten	38

5. Diskussion	40
5.1. Literaturgüte.....	40
5.2. Inhaltliche Diskussion	42
5.2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	43
5.2.2. Synthese	45
5.3. Fach- und Methodenkompetenzen	47
5.3.1. Fachwissen	47
5.3.2. Erkennen von Zusammenhängen und Wechselwirkungen	48
5.3.3. Kommunikationsfähigkeit.....	49
5.4. Sozialkompetenzen.....	51
5.4.1. Einfühlungsvermögen und Verständnisbereitschaft	51
5.4.2. Bereitschaft zur Interaktion	52
5.4.3. Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch.....	53
5.5. Persönliche Kompetenzen	55
5.5.1. Regulationsfähigkeit der eigenen Emotionen.....	55
5.5.2. Bereitschaft zur Selbstreflektion/ Selbstentwicklung	56
6. Schlussfolgerungen	58
6.1. Zentrale Erkenntnisse	58
6.2. Empfehlungen für die Pflegepraxis	59
6.3. Empfehlungen für die Forschung	63
6.4. Limitationen	63
Verzeichnisse	64
Literaturverzeichnis.....	64
Abbildungsverzeichnis	73
Tabellenverzeichnis	74
Danksagung	76
Eigenständigkeitserklärung	76
Anhänge.....	77
Anhang 1 Protokolle der Datenbankrecherche.....	77
Anhang 2 Zusammenfassung der Hauptstudien	82
Anhang 3 Kritische Würdigung der Hauptstudien.....	112

Vorwort

*«Genau eine Sekunde bevor er auf der Erde aufschlug, vermisste er das Leben, an das er noch nicht glauben konnte, als er sprang.» (Engelbert Schinkel, *1959)*

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich inhaltlich mit dem Thema Suizidverhalten, welches sensible und ethische Fragen aufwerfen kann. Öffentliche Kommunikation über Suizide kann zwar das Risiko von Folgesuiziden erhöhen (Pirkis & Blood, 2001), jedoch teilt der Verfasser dieser Arbeit die Ansicht, dass eine geeignete Kommunikation unter bestimmten Bedingungen zur Verhinderung weiterer Suizide beitragen kann (Niederkrotenthaler et al., 2010; Suizidprävention Zürich, 2017). Dem Verfasser ist bewusst, dass Suizidverhalten ein emotional herausforderndes Thema ist, insbesondere wenn man direkt oder indirekt davon betroffen ist. Sollten Sie oder Personen aus Ihrem Umfeld mit Suizidverhalten konfrontiert sein, wenden Sie sich bitte an die nachfolgend ausgewiesenen Stellen, die rund um die Uhr für Betroffene vertraulich und kostenlos zur Verfügung stehen. Diese Arbeit geht vom mutmasslichen Überlebenswillen einer Person aus und bildet nicht zwingend die ethische Grundhaltung des Verfassers dieser Arbeit ab.

Die Dargebotene Hand	143
Gespräch und Beratung per Telefon, E-Mail, Chat	www.143.ch
Reden kann retten	www.reden-kann-retten.ch
Adressen von Beratungsangeboten in allen Kantonen	
Trauernetz	www.trauernetz.ch
Informationen und Adressen für Hinterbliebene nach Suizid	
Universitätsspital Zürich	044 255 11 11
Notfallpsychiatrischer Dienst	
Kriseninterventionszentrum Zürich	044 296 73 10
Stadt Zürich und Umgebung	
Kriseninterventionszentrum Winterthur	052 224 37 00
Stadt Winterthur und Umgebung	
Suizidprävention Kanton Zürich	www.suizidpraevention-zh.ch
Adressen mit Beratungsangeboten im Kanton Zürich	

Abstract

Einleitung: Jährlich sterben weltweit rund 800'000 Personen durch Suizid. Als Folge eines Kliniksuzids, besteht für Fachpersonen das Risiko unter Stresssymptomen wie Trauer, Angst oder Schuldgefühlen zu leiden, welche sich zu psychischen Folgeschäden und Traumata manifestieren können.

Ziel: Die vorliegende Arbeit soll vertieftes Verständnis über Suizid-verhalten aus den Blickwinkeln von suizidalen Personen und Pflegefachpersonen bieten und befasst sich mit geforderten Kompetenzen von Pflegefachpersonen, um einen stattfindenden Suizidversuch einer Patientin oder eines Patienten unmittelbar unterbrechen zu können.

Methode: Aus der systematisierten Literaturrecherche, welche im Zeitraum Oktober 2018 bis Februar 2019 in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library und PsycINFO stattfand, konnten zehn qualitative Studien identifiziert und eingeschlossen werden.

Ergebnisse: Die Ergebnisse konnten in vier Kategorien unterteilt werden, welche jeweils aus der Sicht von betroffenen Personen und aus der Sicht von Pflegefachpersonen vertieft wurden: Die suizidale Krise wahrnehmen, Unterstützungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und anwenden, Hinderungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und vermeiden und eine professionelle Haltung zu Suizid-verhalten erwerben und aufrechterhalten.

Schlussfolgerung: Die Selbstreflektion und Entwicklung einer persönlichen und professionellen Haltung über Suizid-verhalten sind ausschlaggebend für die Ausprägung, Förderung und Erhaltung aller anderen Kompetenzen.

Keywords: *suicide, attempted suicide, crisis intervention, mental health care, competence*

1. Einleitung

Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2014) stirbt alle 40 Sekunden irgendwo auf der Welt eine Person durch Suizid. Zusätzlich begehen jährlich weltweit mehrere Millionen Menschen mindestens einen Suizidversuch.

Suizid lässt sich als eine tödlich endende, absichtlich herbeigeführte, selbstschädigende Handlung definieren. Ein Suizidversuch hingegen zeichnet sich durch potenziell tödliches, selbstverletzendes Verhalten aus, welches trotz der Absicht zu sterben, nicht zum Tod führte (Forkmann, Teismann & Glaesmer, 2015). 2016 erfasste die WHO weltweit rund 793'000 Suizide und berechnete daraus, die in Abbildung 1 dargestellten altersstandardisierten Suizidraten.

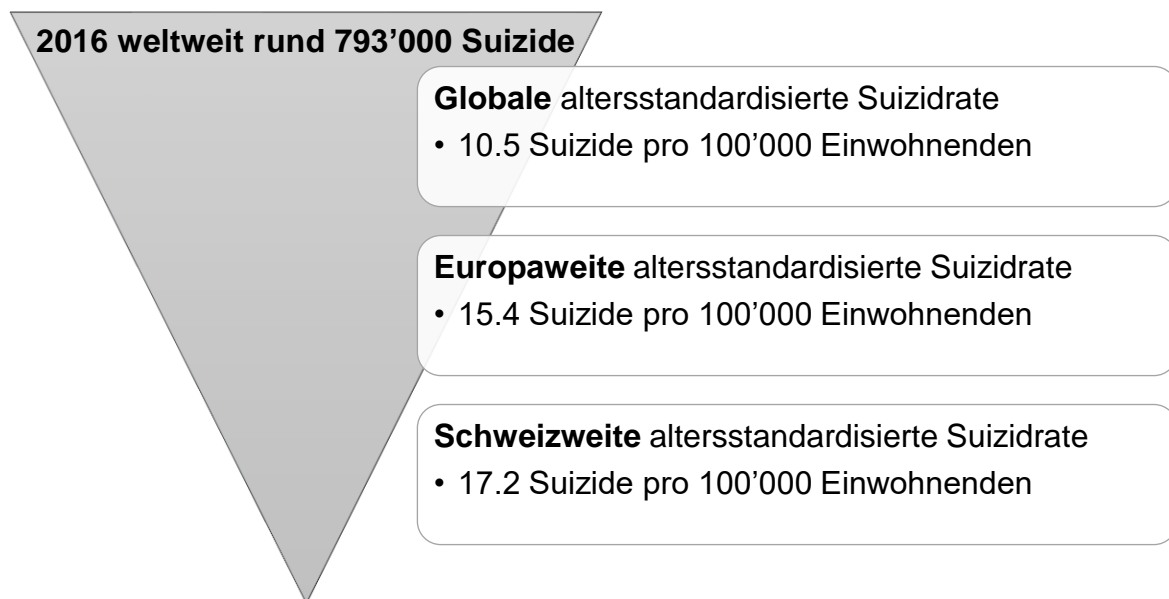


Abbildung 1: Altersstandardisierte Suizidrate der WHO (2016)

Trotz vorhandener Ergebnisse der Suizidforschung, welche die Vermeidbarkeit von Suizid-verhalten belegen, sterben täglich zwei bis drei Personen in der Schweiz durch Suizid. Somit sterben Menschen in der Schweiz jährlich fast dreimal häufiger durch Suizid als durch einen Verkehrsunfall. Ausgenommen von dieser Statistik

sind sogenannte "assistierte Suizide", welche in einer gesonderten Statistik aufgeführt werden (Bundesamt für Statistik [BfS], 2012).

Um die hohen Suizidraten senken zu können, empfehlen namenhafte Autoren der Suizidforschung fortlaufende Verbesserung der Gesundheitspolitik, weiterführende Grundlagenforschung und einen achtsameren Umgang mit Suizid-verhalten in der Öffentlichkeit (Turecki & Brent, 2016).

1.1. Relevanz für die psychiatrische Pflegepraxis

2014 ruft die WHO erstmals weltweit alle Gesundheitsministerien der Länder mittels eines Berichtes zur Suizidprävention dazu auf, Strategien zur Senkung der Suizidrate zu etablieren. Generaldirektorin Dr. Margaret Chan macht auf einen Missstand aufmerksam:

Jeder Suizid ist eine Tragödie. Laut Schätzungen sterben über 800'000 Menschen durch Suizid und auf jeden solchen Todesfall kommen viele Suizidversuche. Die Auswirkungen auf Familie, Freunde und Kommunen sind verheerend und weitreichend, auch lange über den Tod der geliebten Person hinaus. Trotz zunehmender Forschungsarbeit und gestiegenem Wissen über Suizide und ihre Prävention werden sie weiterhin tabuisiert und stigmatisiert, und häufig suchen die Betroffenen keine Hilfe oder werden allein gelassen. Wenn sie jedoch Hilfe suchen, sind viele Gesundheitssysteme und Gesundheitsdienste nicht in der Lage, rechtzeitig und effektiv Hilfe zu leisten (WHO, 2014, S.3).

In der Schweiz findet die Thematik auf nationaler und politischer Ebene ebenfalls zunehmend Beachtung. Ein Beispiel hierfür stellt das Schwerpunktprogramm "Suizidprävention Kanton Zürich 2015-2018" dar. Es beinhaltet 18 Teilprojekte im Wert von 2,93 Millionen Franken, die unter anderem zur öffentlichen Enttabuisierung der Thematik sowie der Etablierung von Suizidpräventionsprogrammen in psychiatrischen Kliniken dienen sollen. Darunter

findet sich eine Informationskampagne zur Suizidprävention, die sich explizit an Fachpersonen des Gesundheitswesens richtet.

Suizid- Verhalten tritt mehrheitlich; bis zu 90% im Kontext psychischer Erkrankungen auf (Wolfersdorf, Schneider & Schmidtke, 2015), was vermuten lässt, dass ein Grossteil der Betreuung von suizidalen Personen innerhalb psychiatrischer Einrichtungen stattfindet. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts wird darüber berichtet, dass Personen trotz einer optimalen Betreuung und unter den schützenden Bedingungen einer psychiatrischen Klinik Suizide begehen. Im deutschsprachigen Raum wird dies als "Kliniksuiid" oder international als "inpatient suicide" bezeichnet (Wolfersdorf, Vogel, Vogl, Grebner, Keller, Purucker & Wurst, 2016). In der Schweiz begehen jährlich zwischen 78 und 187 Personen pro 100'000 Klinikaufnahmen einen Suizid während eines stationären Psychiatrieaufenthaltes, wobei zwischen 58% und 80% der Kliniksuiide im Rahmen von Belastungserprobungen oder Beurlaubungen, also ausserhalb des Klinikgeländes stattfinden (Gregorowius & Huber, 2018; Teismann, Koban, Illes & Oermann, 2016). Die Suizidrate der Personen in psychiatrischen Einrichtungen ist etwa zehn bis zwanzigmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung und es bleibt eine nicht unerhebliche Menge an Suiziden und Suizidversuchen, welche innerhalb einer Klinik oder auf einer Station stattfinden (Teismann et al., 2016). Tabelle 1 führt nach Illes, Jendreyschak, Armgart und Juckel (2014) Berufsfelder auf, welche verglichen mit anderen Berufsfeldern, die einer höheren Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind, besonders belastende Ereignisse zu erleben, wie beispielsweise Suizid-verhalten.

Tabelle 1

Berufsfelder mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer Konfrontation mit Suizid-verhalten

Gesundheits- und Sozialberufe	Erstversorger	Weitere Berufsgruppen
<ul style="list-style-type: none"> • Medizin • Pflege • Erziehung • Psychologie • Psychotherapie • Fachtherapien • Soziale Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Polizei • Feuerwehr • Rettungsdienst • Notfallmedizin • Notfallseelsorge 	<ul style="list-style-type: none"> • Lehre und Bildung • Öffentl. Verkehrsbetriebe • Bestattungsunternehmen • Thanatologie

Anmerkung. In eigener Darstellung nach Illes et al., 2014, S. 6.

Als Folge eines erlebten Kliniksuizids, besteht für Fachpersonen das Risiko unter Stresssymptomen wie Trauer, Angst oder Schuldgefühlen zu leiden, welche sich zu psychischen Folgeschäden und Traumata manifestieren können (Campbell & Fahy, 2002; Castelli Dransart, Gutjahr, Gulfi, Kaufmann Didisheim & Séguin, 2014; Illes et al., 2014). Im Vergleich zu einem natürlichen Todesfall einer Patientin oder eines Patienten hat ein Suizid oder ein Suizidversuch grössere negative Auswirkungen auf die berufliche Praxis und auf das persönliche Leben von Fachpersonen (Draper, Kölves, De Leo & Snowdon, 2014).

Fachwissen allein reicht nicht aus, um eine suizidale Person betreuen zu können. Es bedarf zusätzlich einer realistischen Grundhaltung über die Ausmasse von therapeutischen Beziehungen und dem Bewusstsein über persönliche Grenzen der eigenen Verantwortung (Ellis & Patel, 2012). Die vermutlich hohen Anforderungen an den Umgang mit akutem Suizid-verhalten im ambulanten sowie stationären Bereich und die besonderen Herausforderungen der psychiatrischen Arbeit im Zusammenhang mit Suizid und Suizid-Verhalten sind zentrale Beweggründe für die Fragestellung dieser Arbeit.

1.2. Ziele und Fragestellung

Folgend werden die Ziele der vorliegenden Bachelorarbeit und die Fragestellung, welche an die bestehende Literatur gestellt wird, beschrieben.

1.2.1. Ziele der Arbeit

Diese Bachelorarbeit soll ein vertieftes Verständnis für Suizid-verhalten aus den Blickwinkeln von Betroffenen und Pflegefachpersonen bieten und befasst sich mit geforderten Kompetenzen von Pflegefachpersonen, um einen stattfindenden Suizidversuch einer Patientin oder eines Patienten unmittelbar unterbrechen zu können. Damit Pflegefachpersonen in solchen besonders belastenden Situationen über Fachwissen verfügen und handlungsfähig sein können, werden infolge einer systematisierten Literatursuche "Best Practice"- Empfehlungen für die Pflegepraxis

abgegeben, welche aus qualitativen Ergebnissen abgeleitet wurden. Diese Kompetenzvermittlung reduziert Ängste der Pflegefachpersonen vor Betreuungssituationen mit suizidalen Personen und schützt vor möglichen Traumatisierungen, welche als Folge eines Patientensuizids auftreten können (Draper et al., 2014). Die vorliegende Arbeit ruft Öffentlichkeit und Fachpersonen zu einer aktiven Beteiligung an der Entstigmatisierung von Suizidverhalten auf, damit jede Person, besonders in den vermutlich einsamsten Lebensmomenten, Hoffnung auf eine unterstützende Gemeinschaft haben kann.

1.2.2. Fragestellung

Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen, um einen Suizidversuch unmittelbar zu unterbrechen?

Um eine Anwendbarkeit der Praxisempfehlungen dieser Arbeit unabhängig von Hilfsmitteln aus der direkten Umgebung zu gewährleisten, wird in der Fragestellung bewusst auf ein einschränkendes Lokalisierungssetting verzichtet. Somit sind die Praxisempfehlungen dieser Arbeit an Pflegefachpersonen des stationären- sowie ambulanten Settings adressiert und können auch anderen Fachbereichen, ausserhalb psychiatrischer Einrichtungen, einen Wissenszuwachs bieten.

1.2.3. Eingrenzungen

Assistierte Suizide sowie selbstverletzendes Verhalten, welches nicht den eigenen Tod beabsichtigt, werden aus der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen. Diagnostische Verfahren, Assessmentinstrumente zur Suizidrisikoeinschätzung, Betreuung von hinterbliebenen Bezugspersonen und verhaltenstherapeutische Kriseninterventionen, welche eine bereits bestehende therapeutische Beziehung zwischen Pflegefachperson und suizidaler Person voraussetzen, werden ebenfalls ausgegrenzt. Des Weiteren schliesst diese Arbeit mögliche Copingstrategien von Fachpersonen, Angehörigen und institutionelle Vorgehensweisen bei Suizidverhalten aus.

2. Theoretische Grundlagen

Folgend werden zentrale Begriffe der Fragestellung und der theoretische Rahmen dieser Arbeit beschrieben.

2.1. Begriffsdefinitionen

In der vorliegenden Arbeit werden die verschiedenen Begriffe in der hier definierten Weise verwendet.

Kompetenzen

Kompetenzen sind psychologische Eigenschaften einer Person und werden gemäss Duden (2018a) als Sachverstand und Fähigkeiten definiert. Laut Hundenborn (2017) entwickelt sich Pflegekompetenz, also die berufliche Handlungskompetenz einer Pflegefachperson, auf den Grundlagen der Ausbildung und bedarf einer Weiterentwicklung über das gesamte Berufsleben. Die berufliche Handlungskompetenz setzt sich aus der Fach- und Methodenkompetenz, der Sozialkompetenz und der personalen Kompetenz zusammen. Hundenborn (2017) betont, dass der Erwerb von Pflegekompetenzen zusätzlich zu den Ausbildungsgrundlagen in direkten Pflegesituationen stattfindet. Dies bedeutet, nicht nur die Zuständigkeit für einen Aufgabenbereich zu haben, sondern vor allem anspruchsvolle und komplexe Handlungssituationen bewältigen zu können.

Pflegefachpersonen

In Anlehnung an die Definition von professioneller Pflege des International Council of Nurses (ICN, 2002) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2006) werden jene Pflegefachpersonen durch den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner als diplomiertes Pflegefachpersonal bezeichnet, welche an Fachhochschulen (FH) und Höheren Fachschulen (HF) auf Tertiärstufe ausgebildet wurden oder ein Diplom, das durch das Schweizerische Rote Kreuz anerkannt wurde, vorweisen können (Imhof, Rüesch, Schaffert, Mahrer- Imhof, Fringer & Kerker- Specker, 2010).

Suizidversuch

Ein Suizidversuch stellt eine selbstverursachte, selbstschädigende Handlung dar, die darauf abzielt, unter Einsatz des eigenen Lebens, eine Veränderung des aktuellen Zustands zu erreichen (Wolfersdorf, 2008). Alle suizidalen Handlungen, welche aufgrund insuffizienter Methoden, schnell einsetzender Rettungsmassnahmen, Unterbrechungen der suizidalen Handlung oder durch schicksalhaft wirkende Ereignisse, keinen tödlichen Ausgang genommen haben, werden als Suizidversuche bezeichnet (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011). Der Unterbruch kann zu einem beliebigen Zeitpunkt eintreten, beispielsweise nach den ersten Suizidgedanken oder während der Durchführung der suizidalen Handlung (Forkmann et al., 2015; Crosby, Ortega & Melanson, 2011).

Unmittelbar

Das Adjektiv «unmittelbar» beschreibt, dass etwas direkt und geradewegs, also nicht mittelbar durch eine Dritteinwirkung und durch keinen zeitlichen oder räumlichen Abstand getrennt stattfindet (Duden, 2019b). Bezogen auf die geforderten Kompetenzen einer Pflegefachperson ist damit die sofortige, direkte Reaktion oder Intervention der Pflegefachperson, im Augenblick des stattfindenden Suizidversuchs, ohne Beihilfe durch Drittpersonen gemeint.

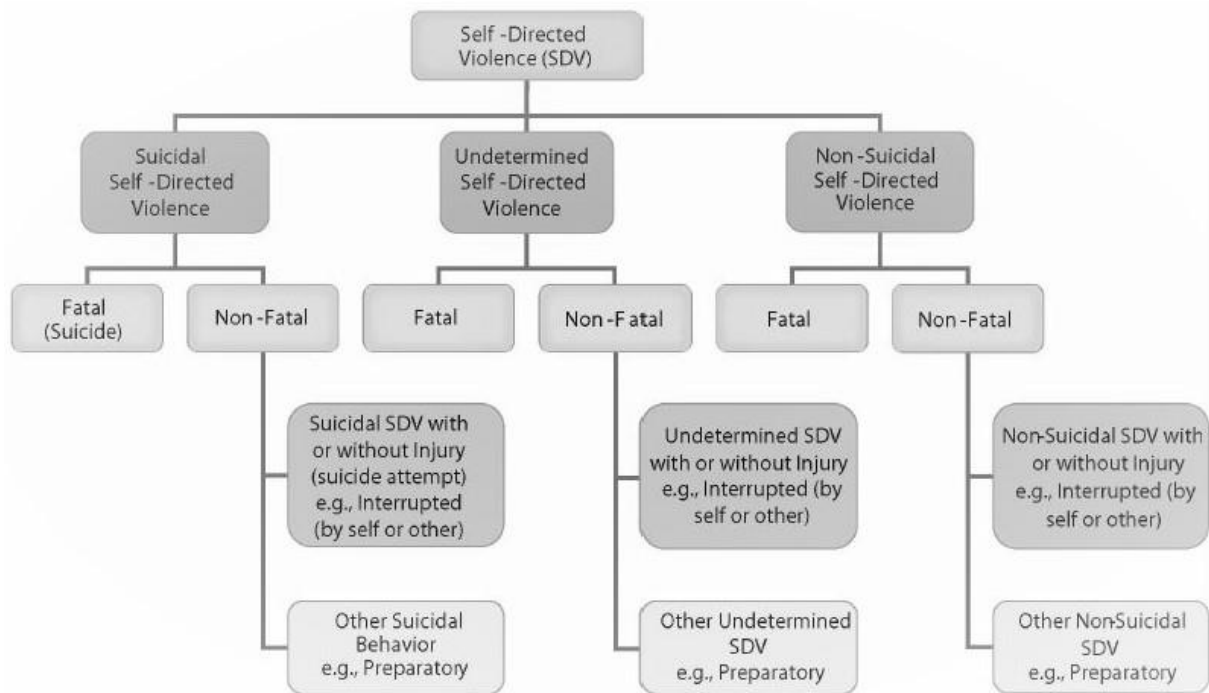
2.2. Theoretischer Hintergrund: Fachwissen

Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit basiert auf Fachwissen zu Suizidverhalten und dem Evidence- Based Nursing. Nachfolgend werden aktuelle Erkenntnisse aus Publikationen der Suizidforschung zu Suizidverhalten aufgeführt, welche zum Verständnis dieser Arbeit benötigt werden. Gemäss Ellis und Patel (2012) ist Fachwissen essenziell, für einen adäquaten Umgang mit suizidalen Personen in deren suizidalen Krise. Im Anschluss wird Evidence- based- Nursing beschrieben, um Aufschluss über Prozesse der Entscheidungsfindung von Pflegefachpersonen zu geben.

2.2.1. Suizidalität vs. Suizid-verhalten

Derzeit gibt es keine eindeutige, internationale Definition und Klassifikation, welche die gesamte Bandbreite des Suizid-verhaltens abbildet. Widersprüchlich werden also für dieselbe Gegebenheit unterschiedliche Worte verwendet, jedoch werden unter denselben Worten unterschiedliche Gegebenheiten verstanden (Cwik & Teismann, 2017; Forkmann et al., 2016; Silverman, 2006; Wolfersdorf 2008). Häufig wird im deutschsprachigen Raum das Wort Suizidalität verwendet, um gleichzeitig auf Suizidgedanken und Suizid- Verhalten zu verweisen. Da sich Suizidgedanken und Suizid- Verhalten jedoch stark in Auftreten, Interventionen und Konsequenzen unterscheiden (Crosby et al., 2011), trennt die vorliegende Arbeit diese Begriffe und verzichtet ganzheitlich auf den Begriff Suizidalität. Wolfersdorf (2008) beschreibt "Suizidalität" als die Gesamtmenge aller bewussten Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen, die in den eigenen Gedanken durch aktive Handlungen, passiven Unterlassungen oder Fremdhandlungen den eigenen Tod anstreben oder den eigenen Tod als Folge der Handlung akzeptieren. Die Intention des Suizid-verhaltens hat häufig zum Ziel eine Veränderung der eigenen Beziehung zur Umwelt zu erreichen. In den meisten Fällen ist "Suizidalität" keine Form von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern eine Form der inneren Einschränkung durch die erlebte innere Not (Forkmann et al., 2016; Kozel, 2015; Scherr, 2016; Turecki & Brent, 2016; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011). Abbildung 2 zeigt das Klassifikationssystem des Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta, USA (CDC, 2011), welches besonderen Wert auf Entstigmatisierung und klare Abgrenzung durch korrekte, einheitliche Definitionen für Suizid, -handlungen und -gedanken legt und sich zunehmend im amerikanischen Raum etabliert (Teismann et al., 2016).

Abbildung 2. Beobachtungsdefinitionen für gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt (Crosby et al., 2011, S.22)



Die Begriffsdefinitionen nach Crosby et al. (2011) werden nach bestem Wissen ins Deutsche übersetzt und in Tabelle 2 aufgeführt. Die gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt wird unterteilt in non- suizidales und suizidales Verhalten, wobei dafür Anhaltspunkte für die Intention des Verhaltens ausschlaggebend sind.

Anhaltspunkte für Intention können als implizit; also nicht direkt ausgedrückt oder explizit; also eindeutig ausgedrückt von den Beobachtenden wahrgenommen werden. Teismann et al. (2016) machen jedoch darauf aufmerksam, dass die Erfassung der Intention stark fehleranfällig ist und selbstberichtete Absichten beispielsweise durch die Art wie sie erfragt werden, verzerrt sein können. Ebenso können verschiedene Bewusstseinszustände, beispielweise Intoxikationen zum Zeitpunkt des Suizidversuchs die klare Benennung der Absichten verhindern. Des Weiteren werden in Tabelle 3 Begriffe übersetzt, die laut Crosby et al. (2011) zu vermeiden sind, da sie unlogisch, abwertend oder uneindeutig sind. Im deutschsprachigen Raum ist man sich weitgehend einig darüber, dass der Begriff Selbstmord aus moralischen und justiziablen Gründen nicht verwendet werden sollte (Teismann et al., 2016).

Tabelle 2

Einheitliche Definitionen für Suizid -handlungen, -gedanken nach Crosby et al., 2011, S.21, S.23

Begriff englisch	Begriff deutsch	Definition
Self- Directed Violence (SDV)	gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt	Verhalten, gegen (sich) selbst gerichtet welches absichtlich zu Verletzung oder Gefahr führt. → Gilt nicht für risikobehaftete Verhaltensweisen/ Aktivitäten wie Fallschirmspringen, Glücksspiel, Drogenmissbrauch, Tabakkonsum, schnelles Fahren, etc. (Zwar lebensbedrohlich, aber werden von Person nicht als Verhalten erkannt, welches Selbst zerstören/ verletzen soll).
Non-suicidal self-directed violence	non- suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt	Verhalten, gegen (sich) selbst gerichtet, welches absichtlich zu Verletzungen oder Gefahr führt. → ohne Anhaltspunkte (implizit/ explizit) von Suizidabsichten
Suicidal self-directed violence	suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt	Verhalten, gegen (sich) selbst gerichtet welches absichtlich zu Verletzungen oder Gefahr führt. → mit Anhaltspunkten (implizit/ explizit) von Suizidabsichten
Undetermined self-directed violence	nicht bestimmbare gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt	Verhalten, gegen (sich) selbst gerichtet welches absichtlich zu Verletzungen oder Gefahr führt. → Suizidabsichten sind unklar aufgrund verfügbarer Anhaltspunkte
Suicide attempt	Suizidversuch	Ein nicht tödliches, gegen (sich) selbst gerichtetes potenziell schädliches Verhalten mit Absicht, als Folge des Verhaltens zu sterben. → Suizidversuch kann zu Verletzungen führen oder nicht.
Interrupted self-directed violence - by other	Unterbrochene (durch andere) gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt	Person unternimmt Schritte, um sich selbst zu verletzen, wird vor tödlicher Verletzung durch Dritte Person angehalten. → Dabei kann Unterbruch zu beliebigem Zeitpunkt auftreten, z.B. nach ersten Gedanken oder nach aufgetretenem Verhalten.
Interrupted self-directed violence - by self	Unterbrochene (durch selbst) gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt	(wird auch "abgebrochenes" Suizidverhalten genannt). Person unternimmt Schritte, um sich selbst zu verletzen, stoppt jedoch von sich aus vor einer tödlichen Verletzung
Other suicidal behavior including preparatory acts	Anderes suizidales Verhalten inkl. vorbereitender Handlungen	Handlungen oder Vorbereitungen für Suizidversuch, vor der Selbstverletzung. → Handlungen die über Verbalisierung/Gedanken hinausgehen (z.B. Tablettensammeln, Waffenkauf) oder Vorbereitungen auf Tod (z. B. Abschiedsbrief verfassen, Gegenstände verschenken).
Suicide	Suizid	Tod durch gegen (sich) selbst gerichtetes schädigendes Verhalten mit Absicht , als Folge des Verhaltens zu sterben.

Tabelle 3

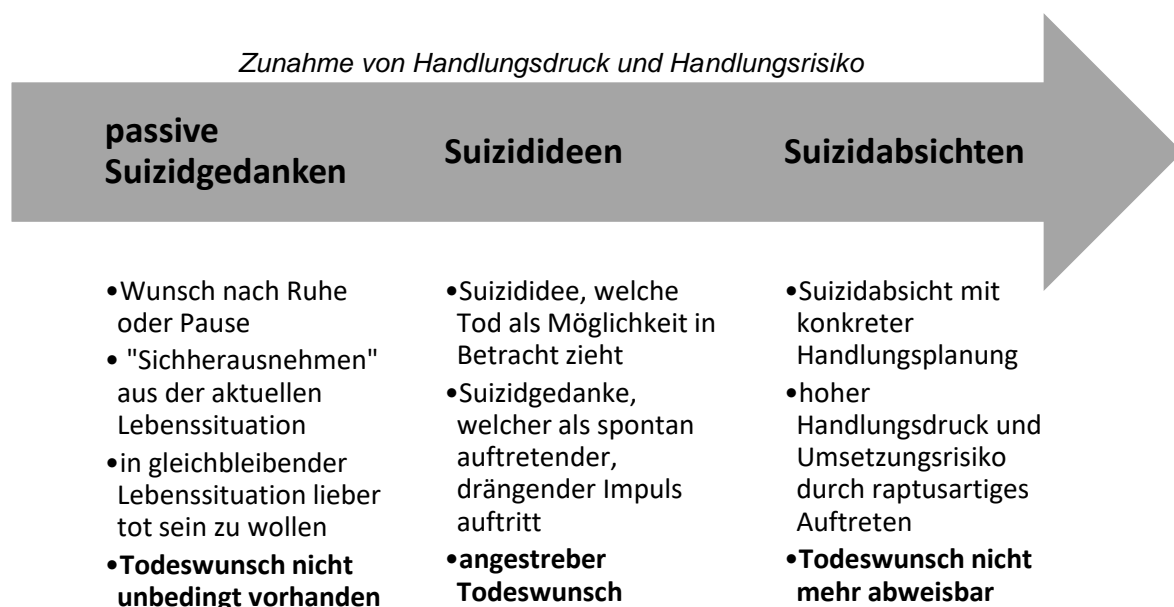
Inakzeptable Begriffe für gegen sich (selbst) gerichtete Gewalt nach Crosby et al., 2011, S.23

Begriff	Begründung	Alternative
Vollendeter Suizid (Completed suicide)	Impliziert, dass gewünschtes Ereignis erzielt wurde. Personen, welche sich für Vermeidung von vorzeitigen Todesfällen einsetzen (Gesundheitsfachpersonen, Ersthelfer) betrachten dies als unerwünscht.	Suizid
Fehlversuch (Failed attempt)	Impliziert einen negativen Eindruck über Fähigkeiten zur Handlung der betroffenen Person.	Suizidversuch, suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt
Non- fataler Suizid (Nonfatal suicide)	Widerspruch: "Suizid" bedeutet Tod, während "non fatal" bedeutet, dass etwas nicht tödlich ist.	Suizidversuch
Parasuizidales Verhalten (Parasuicide)	Wird formal falsch verwendet: Da es dazu verwendet wird, um jede selbstverletzende Handlung zu beschreiben, ohne dass dahinterstehende Motivation/ Absicht der Handlung klar ist.	Suizidversuch, non-suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt, suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt
Erfolgreicher Suizid (Successful suicide)	Impliziert, dass gewünschtes Ereignis erzielt wurde. Personen, welche sich für Vermeidung von vorzeitigen Todesfällen einsetzen (Gesundheitsfachpersonen, Ersthelfer) betrachten dies als unerwünscht.	Suizid
Suizidalität (Suicidality)	Begriff häufig verwendet, um gleichzeitig auf Suizidgedanken und Suizidverhalten zu verweisen. → unterscheiden sich aber erheblich in Bezug auf Auftreten/ verbundenen Faktoren/ Konsequenzen/ Interventionen. Sollten gesondert behandelt werden.	Suizidgedanken, Suizidverhalten
Suizidgeste, manipulative Handlung, Suiziddrohung (Suicide gesture, Manipulative act, Suicide threat)	Diese Begriffe liefern alle ein Werturteil mit abwertenden oder negativen Anteilen, die der betroffenen Person negative Absichten unterstellen.	non- suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt, suizidale gegen (sich) selbst gerichtete Gewalt

2.2.2. Suizidgedanken

Suizidgedanken sind alle Gedanken, Vorstellungen und Wahrnehmungen einer Person, welche sich auf die gewollte Beendigung des eigenen Lebens beziehen (Wenzel, Brown & Beck, 2009). Obwohl Suizidgedanken weit verbreitet sind, kann anhand von festgestellten Unterschieden in der Prävalenz von Suizidgedanken, durchgeführten Suizidversuchen und Suiziden abgeleitet werden, dass ein geringer Teil der Personen, welche Suizidgedanken haben, tatsächlich einen Suizidversuch unternehmen (Forkmann et al., 2016). Der Grad der Intention von Suizidgedanken ist gemäss Nock (2008) variabel. Beispielsweise sind Suizidpläne im Gegensatz zu Suizidgedanken spezifischer und weisen eine höhere Intentionalität auf. Abbildung 3 nimmt im Hinblick auf den Handlungsdruck eine weitere Differenzierung von Suizidgedanken vor und stellt diese in einem kontinuierlichen Prozess dar.

Abbildung 3. Differenzierung v. Suizidgedanken innerhalb eines kontinuierlichen Prozesses



Anmerkung. in eigener Darstellung angelehnt an Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011).

Suizidgedanken können innerhalb kurzer Zeiträume stark in Intensität und Form variieren oder fluktuieren (Kleiman, Turner, Fedor, Beale, Huffman & Nock, 2017) und können als temporäre Erscheinungen von wechselhaften Gemütszuständen verstanden werden (Wolfersdorf et al., 2015).

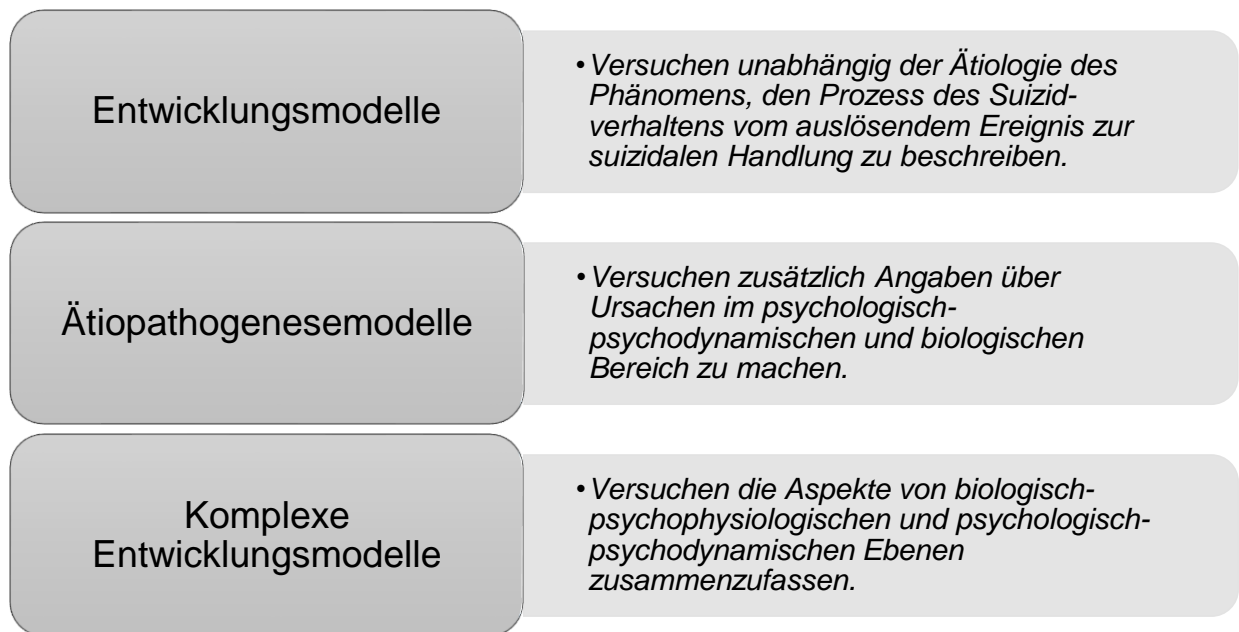
2.2.3. Zeitlicher Verlauf einer suizidalen Handlung

Es gibt Entwicklungsverläufe von Suizid-verhalten, welche über einen langen Zeitraum entstehen. Jedoch ist sichtbar, dass es Unterschiede gibt zwischen gedanklichen Auseinandersetzungen mit Lebensmüdigkeit, Lebensüberdruß oder Suizidideen als Lösungsoption und dem tatsächlichen Entschluss zur Durchführung einer suizidalen Handlung. Laut Linden (1969, zit. nach Wolfersdorf et al., 2015) liegt die Zeitspanne von der ersten Suizididee bis hin zum Suizidversuch bei 67% unterhalb 24 Stunden. Bei 97% liegen zwischen Entschluss zum Suizid und dem Suizidversuch weniger als 24 Stunden; bei 58% sogar weniger als eine Stunde. Suizidale Handlungen sind häufig kurzfristige Handlungen, welche ohne lange Vorlaufzeit auftreten können (Wolfersdorf et al., 2015). Untersuchungen von Deisenhammer, Ing, Strauss, Kemmler, Hinterhuber und Weiss (2009) zeigen, dass bei 47,6% ($N=39$) zwischen dem ersten Suizidgedanken und der Durchführung eines Suizidversuchs zehn Minuten oder weniger lagen, aber bei einer relativ hohen Anzahl eine gewisse Bereitschaft zu zwischenmenschlichen Kontakten zu Partnern, Familienmitgliedern oder dem sozialen Umfeld bestand.

2.2.4. Erklärungsmodelle für Suizid-verhalten

Erklärungsmodelle für Suizid-verhalten versuchen Zusammenhänge von Risikofaktoren zu beschreiben, nennen wichtige Bewertungsmuster und strukturieren Diagnostik, Risiko-Assessments und Behandlungsprozesse bei suizidalen Krisen (Teismann et al., 2016). Ein einheitliches Erklärungsmodell für Suizid-verhalten gibt es gemäss Wolfersdorf (2008) derzeit nicht, weshalb diverse Ansätze für Erläuterungen suizidalen Verhaltens voneinander differenziert werden, wie in Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4. Differenzierung von Ätiopathogenesemodellen



Anmerkung. In eigener Darstellung nach Wolfersorf (2008), S. 1326

Da der Umfang der vorliegenden Arbeit begrenzt ist, wird in Tabelle 4 eine Übersicht mit zentralen Annahmen einiger ausgewählten Erklärungsmodelle dargestellt, welche nicht weiter ausgeführt werden. Eine thematische Vertiefung der interpersonalen Theorie zu Suizidverhalten findet in Kapitel 2.2.5. statt.

Tabelle 4
Übersicht Beispiele einiger Erklärungsmodelle für Suizid- verhalten

Modell	Autor	Zentrale Annahme
Phasenmodell der suizidalen Entwicklung	Pöldinger (1968)	Unterteilt Suizid- Verhalten in drei Entwicklungsphasen: 1. Erwägungsphase 2. Ambivalenzphase 3. Entscheidungsphase
Cubic Model of Suicide	Shneidman (1989)	Suizid- Verhalten entsteht aus: 1. Psychache (psychischer Schmerz) 2. Press (interne/ externe Stressoren) 3. Perturbation (Agitiertheitszustand)

Modell	Autor	Zentrale Annahme
Escape-Theorie	Baumeister (1990)	<p>Suizid- Verhalten als Fluchtversuch des wahrgenommenen Zustands in sechs Entwicklungsphasen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eigene Standards nicht erfüllt 2. Internale Attribution 3. Hohe Selbstaufmerksamkeit 4. Negative Affektivität 5. Kognitive Dekonstruktion 6. Suizid als Folge von Einengung
Cry of Pain-Modell	Williams (2001)	<p>Suizid-verhalten bedingt durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defeat (demütigende Erlebnisbewertung) 2. Entrapment (Gefühl, den Erfahrungen nicht entkommen zu können)
Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens	Joiner (2005)	<p>Suizidwünsche bedingt durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perceived burdensomeness (Eindruck, Last für andere zu sein) 2. thwarted belongingness (Eindruck, nicht Teil einer wertgeschätzten Gemeinschaft zu sein) <p>Handlungsrisiko bedingt durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. acquired capability (Furchtlosigkeit vor Tod und Sterben)
Fluid Vulnerability Theory of Suicide	Rudd (2006)	<p>Suizidaler Modus, dessen vier Elemente durch externe oder interne Stressoren aktiviert wird:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kognitionen (Gedanken, Annahmen, Überzeugungen zu Hoffnungslosigkeit, Selbsthass, Scham, etc.) 2. Emotionen (Depression, Schuld, Wut, Angst) 3. Physiologie (Schlafprobleme, Schmerz, Konzentrationsschwäche) 4. Verhalten (soziale Isolation, Selbstverletzung, Substanzmissbrauch)

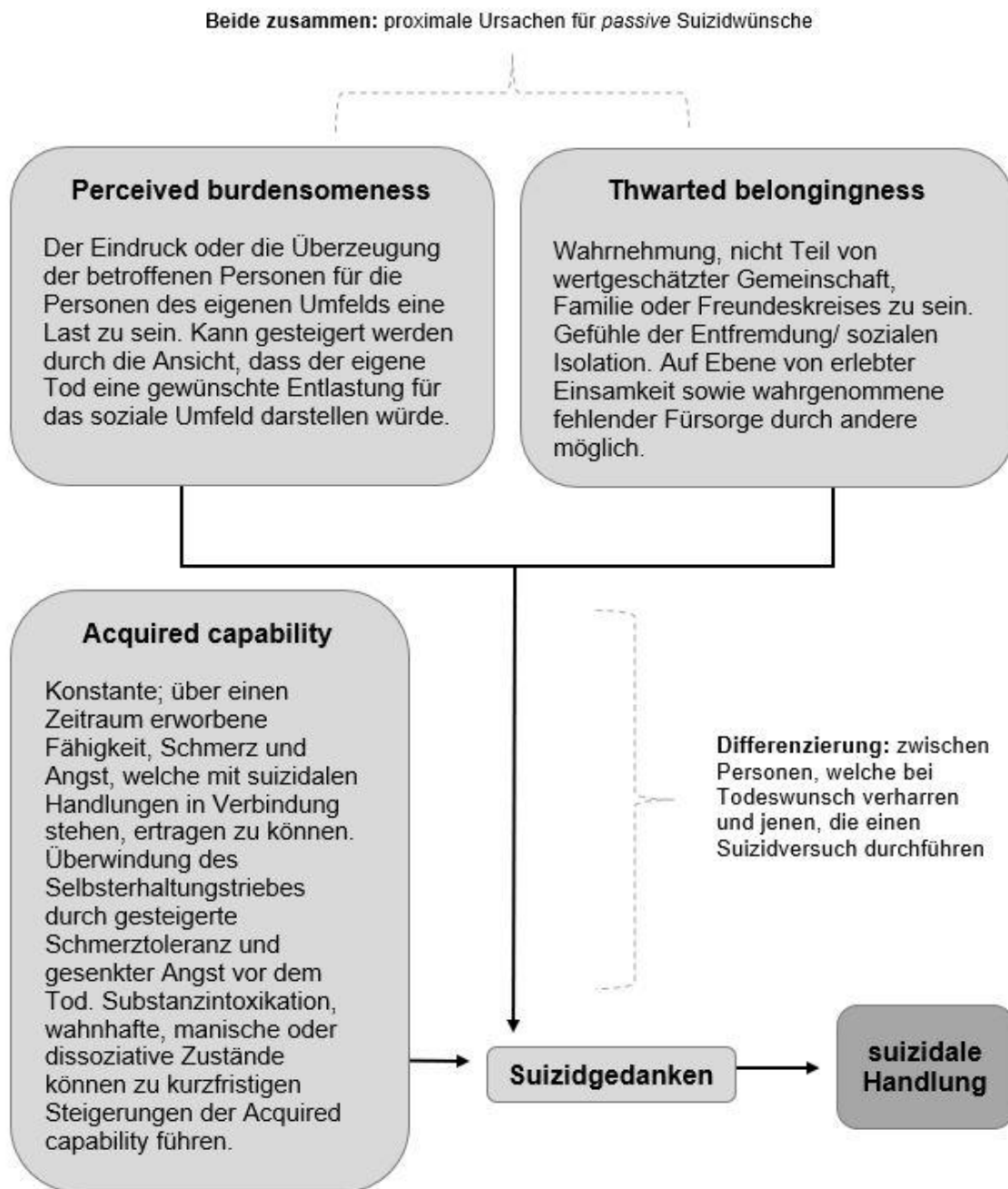
Modell	Autor	Zentrale Annahme
Kognitive Theorie suizidalen Verhaltens	Wenzel und Beck (2008)	Zugespitzte Aufmerksamkeit auf Suizid als einzige Lösung durch: <ol style="list-style-type: none"> 1. Überzeugte Hoffnungslosigkeit 2. Überzeugte Unaushaltbarkeit 3. Selektive Aufmerksamkeit auf Suizid
Integrativ motivational- volitionales Modell suizidalen Verhaltens	O'Connor (2011)	Greift zusätzlich zu anderen Suizidtheorien auf zwei Komponenten zurück: <ol style="list-style-type: none"> 1. motivationalen Phase (Entwicklung von Suizidgedanken) 2. volitionalen Phase (Entwicklung suizidaler Handlungen)

Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Teismann et al. (2016)

2.2.5. Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens

Die interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens geht von drei Komponenten für die Entstehung von Suizid-verhalten aus. Suizidideen und Suizidgedanken sind bedingt durch das einzelne oder gemeinsame Auftreten von "thwarted belongingness"; also dem zerworfenen Zugehörigkeitsgefühl und "perceived burdensomeness"; der empfundenen Belastung. Des Weiteren besagt die Theorie, dass zusätzlich "acquired capability"; eine erworbene Fähigkeit, auftreten muss, welche schliesslich Personen zu der Durchführung einer suizidalen Handlung drängt (Forkmann et al. 2016; Joiner, Van Orden, Witte & Rudd, 2009; Selby & Joiner, 2010; Teismann et al., 2016). Abbildung 5 bietet angelehnt an Teismann et al. (2016) eine Übersicht der einzelnen Komponenten und deren Zusammenspiel im Prozess des Suizid-verhaltens.

Abbildung 5. Komponenten der interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens

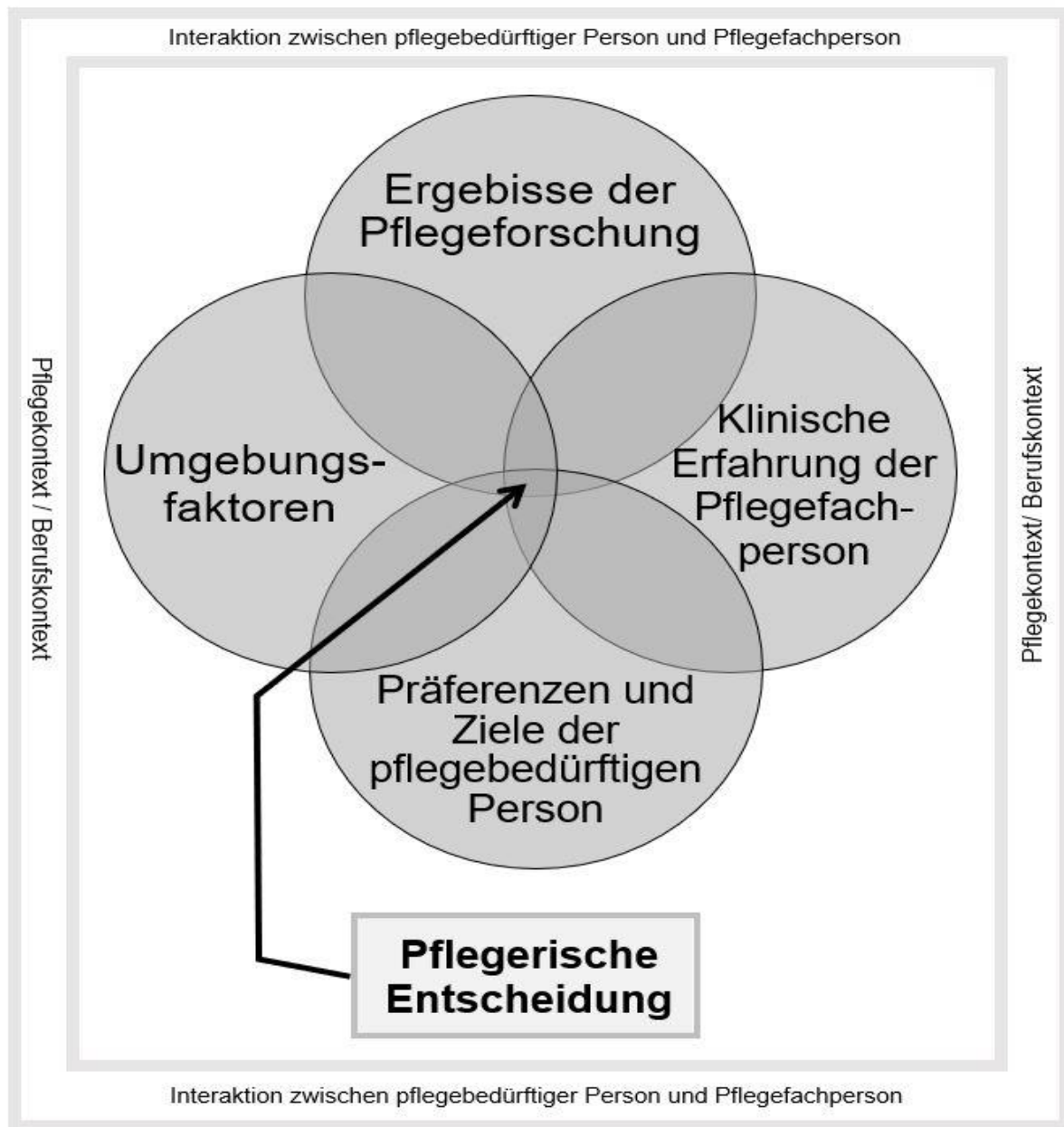


Anmerkung. In eigener Darstellung angelehnt an Teismann et al. (2016)

2.3. Theoretischer Hintergrund: Evidence-based Nursing

Evidence-based Nursing, nachfolgend EBN genannt, kann als richtungsweisender Denk- und Arbeitsprozess für professionelle Pflegefachpersonen verstanden werden, welcher eine wirtschaftliche und wirksame Pflegepraxis beabsichtigt, die auf den Grundlagen von wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht (Behrens & Langer, 2016). Demnach integrieren Pflegefachpersonen, deren Rollenselbstverständnis auf Grundlagen des EBN beruhen, wissenschaftlich überprüfte Ergebnisse, selbstgemachte Erfahrungen und die von der Institution bereitgestellten Mittel, in ihre eigene Arbeitsweise mit der jeweiligen individuellen, pflegebedürftigen Person oder deren Familiensystem. Jede einzelne pflegerische Entscheidungsfindung bezieht sich aus vier, in Beziehung zu einander stehenden Wissensquellen, welche sich gegenseitig abwägen (Behrens & Langer, 2016; Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack 2004), wie in Abbildung 6 dargestellt. Ergebnisse aus Gesundheits- und Pflegeforschung gelten als wissenschaftlich fundiert, wenn es sich um überprüfte und zeitgemässe Literatur handelt. Die klinische Erfahrung der Pflegefachperson setzt sich aus der eigenen Lebens- und Berufserfahrung zusammen. Erfahrungswissen gilt in vielen Situationen als implizit, welches fortwährend durch die eigene Person kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden muss. Die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörige sind individuell und abhängig von gemachten Erfahrungen, Haltungen und Vorlieben etc. Erkenntnisse über Patientenpräferenzen können durch gezieltes Beobachten gewonnen werden. Der Umgebungskontext besteht nicht nur aus politischen, ökonomischen, kulturellen und gesellschaftlichen Strukturen innerhalb und ausserhalb der Institution, sondern auch aus Fertigkeiten des Behandlungsteams, der Pflegedokumentation, den Supervisionen und wechselseitigen Feedbacks. Die Umsetzung des erworbenen Wissens liegt in der Gestaltung der Pflegefachperson selbst und setzt ein gewisses Mass an Interpretationsfähigkeit voraus. Aus diesem Grund können unterhalb der Pflegenden verschiedene Ausführungen von Interventionen stattfinden.

Abbildung 6. Wissensquellen des EBN



Anmerkung. Eigene Darstellung angelehnt an Rycroft-Malone et al., 2004, S. 87

3. Methode

Folgend wird das methodische Vorgehen der systematisierten Literaturrecherche beschrieben, welches zur Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit angewendet wird. Das Kapitel beinhaltet die Datenbankrecherche, die verwendeten Keywords, die Limits, Ein- und Ausschlusskriterien, die Suchstrategie und den Einbezug weiterer Literaturquellen.

3.1. Datenbankrecherche

Eine systematisierte Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library und PsycINFO aus den Bereichen Gesundheitswesen und Psychologie durchgeführt. Zusätzlich wurde "Google Scholar" und "Crossref" genutzt, um ergänzende wissenschaftliche Publikationen zu suchen.

3.1.1. Keywords

Als Hauptkomponenten für Population/Problem, Pflegeintervention und Ergebnismass wurden die Begriffe: Kompetenzen, Pflegefachperson, Suizidversuch und Unterbrechung identifiziert. Diese Hauptbegriffe wurden um die naheliegenden Begriffe Suizid, Suizidprävention und Intervention erweitert. Um geeignete Suchbegriffe, sogenannte Keywords, für die Datenbankrecherche identifizieren zu können, wurden in einem ersten Schritt, zu den jeweiligen Hauptbegriffen möglichst zutreffende Synonyme und Unterbegriffe gesucht und für die Datenbankrecherche ins Englische übersetzt. In einem nächsten Schritt wurde anhand der erstellten Keywords nach «Indexwörtern» gesucht, welche für medizinische Publikationen genutzt werden. Diese beinhalten Schlagworte und deren zugeordneten Wortstämme in den medizinischen und psychologischen Fachdatenbanken. Hierzu wurden alle Keywords über die Indexwort- Suchfunktion der jeweiligen Datenbank eingegeben und deren Wortstammzuordnung überprüft. So konnten doppelte, sowie nicht anwendbare Keywords identifiziert und fehlende Keywords hinzugefügt werden. In der folgenden Tabelle 5 werden die deutschen und englischen

Keywords dargestellt, welche für die Suche in den ausgewählten Datenbanken genutzt wurden. Zusätzlich werden die dazugehörigen Indexwörter; die «MeSH-Terms» der PubMed- Datenbank aufgeführt.

Tabelle 5
Angewandte Keywords mit Indexwörtern PubMed

Hauptbegriff	Synonyme Deutsch	Keywords Englisch	Indexwort
Kompetenz	Persönliches Vermögen, Fähigkeit, Kenntnis, Kenntnisstand, Können, Sachverstand, Sachverständnis, Befähigung, Eignung, Qualifikation	competence, ability, capability, skill, knowledge, expertise, responsibility	Mental Competency*, Professional Competence*, Clinical Competence*, Social Skills*, Aptitude*, Knowledge*, Health Knowledge, Attitudes, Practice*, Evidence-Based Practice*
Pflegefachperson	Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflege, Gesundheitsdienste, Psychiatrische Pflege, Psychiatrischer Notfall, Versorgung, Gesundheitspersonal	nursing, care, psychiatric nurse, mental health nursing, health personnel	Nurses*, Nursing*, Mental Health Services*, Health Services*
Suizid	Freitod, Selbstmord, Selbsttötung, Tod durch eigene Hand	suicide	Suicide*
Suizidversuch	Freitodversuch, Selbstmordversuch, Selbsttötungsversuch	attempted suicide, suicide attempt	Suicide, Attempted*
Intervention	Eingriff, Einwand, Beanstandung, Einspruch, Einwendung, Entgegnung, Widerrede, Krisenintervention, Notfallintervention, Noteingriff, Suizidintervention, Verhandlung	crisis intervention, negotiation	Crisis Intervention*, Negotiating*
Unterbrechung	Unterbruch, Stopp, Tätigkeitsunterbrechung, Unterlass, Aussetzung, Pause, Interrupt	stop, interruption, interrupt, prevention	Behavior Control*, prevention and control*

Anmerkung. MeSH- Terms, Subject Headings, Indexwörter, Thesaurus sind mit * gekennzeichnet.

3.1.2. Limits

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, werden die Resultate in einem weiteren Schritt durch Limits sondiert. Um dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu entsprechen, werden nur Resultate aus dem Publikationszeitraum 2008 bis 2018 und ausschliesslich Studien in englischer und deutscher Sprache verwendet.

Tabelle 6

Limits

Publikationszeitraum	von 2008 bis 2018
Sprache	Deutsch und Englischsprachig

3.1.3. Suchstrategie

In der nachfolgenden Tabelle 7 wird exemplarisch ein relevanter Ausschnitt der angewandten Suchstrategie in der Datenbank PubMed dargestellt. Die ausführliche Dokumentation der Suchen in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library und PsycINFO sind dem Anhang beigelegt.

Tabelle 7
Ausschnitt relevante Suche PubMed

Nummer	Suchbegriffe und Kombinationen
1	(competence[Title/Abstract] OR competency[Title/Abstract] OR ability[Title/Abstract] OR abilitie*[Title/Abstract] OR capabilit*[Title/Abstract] OR skill*[Title/Abstract] OR knowledge[Title/Abstract] OR expertise[Title/Abstract] OR responsibility[Title/Abstract])
2	"Mental Competency"[Mesh] OR "Professional Competence"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR "Social Skills"[Mesh] OR "Aptitude"[Mesh] OR "Knowledge"[Mesh] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice"[Mesh]
3	1 OR 2
4	(nurs*[Title/Abstract] OR car*[Title/Abstract] OR "psychiatric nurse"[Title/Abstract] OR "mental health nursing"[Title/Abstract] OR "health personnel"[Title/Abstract])
5	("Nursing"[Mesh]) OR ("Nurses"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR "Health Services"[Mesh]) OR "Mental Health Services"[Mesh])
6	4 OR 5
7	suicid*[Title/Abstract] OR "Suicide"[Mesh] OR "suicide attempt*"[Title/Abstract] OR "Suicide, Attempted"[Mesh]
8	("crisis intervention*"[Title/Abstract] OR negotiat*[Title/Abstract])
9	("Crisis Intervention"[Mesh] OR "Negotiating"[Mesh])
10	8 OR 9
11	(stop*[Title/Abstract] OR interrupt*[Title/Abstract] OR prevent*[Title/Abstract])
12	("Behavior Control"[Mesh] OR "prevention and control" [Subheading])
13	11 OR 12
14	3 AND 6 AND 7 AND 10
15	limit 18 to (english or german)
16	limit 19 to yr="2008 -Current"
Relevante Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Emergency Nursing Experiences in Assisting People with Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study • Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor • An Interpretive Study of Nursing Students' Experiences of Caring for Suicidal Persons • Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients

Suche Nummer 16 erbrachte nach Ausschluss von 132 Resultaten aufgrund der Ausschlusskriterien aus Kapitel 3.1.4., vier relevante Ergebnisse, die in diese Arbeit eingeschlossen wurden. Wie von Ertl-Schmuck, Unger, Mibs und Lang (2014) empfohlen, wird weitere Literatur über die Quellenverzeichnisse von bereits gesichteten Publikationen nach dem sogenannten Citation Tracking oder Schneeball-, Lawinenprinzip bezogen.

3.1.4. Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 8 zeigt die angewendeten Ein- und Ausschlusskriterien auf.

Tabelle 8
Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Erfahrungsberichte von betroffenen Überlebenden nach Suizidversuch, Betroffene mit suizidaler Krise in der Vergangenheit	Interpretationen und Berichte von nicht involvierten Drittpersonen und Angehörigen, Erfahrungsberichte von Selbstverletzungsverhalten, welches nicht den Tod beabsichtigt
Erfahrungsberichte von Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten, die Kontakt zu suizidalen Personen hatten	Erfahrungsberichte anderer Berufsgruppen
Suizide und Suizidversuche	Assistierter Suizid
Nicht- pharmakologische Interventionen	Pharmakologische Interventionen
Spontane Sofortmassnahmen	Längerfristig geplante Massnahmen
Interventionen zum sofortigen und unmittelbaren Unterbruch der suizidalen Handlung	Prä- und Postventionsmassnahmen, Assessmentinstrumente zur Erfassung des Suizidrisikos, Verhaltenspläne wie Non-Suizid-Verträge, individuelle Notfall- oder Krisenpläne
Medizinischer und Psychiatrischer Bereich ambulant sowie stationär	Andere Bereiche
Europäischer Kulturraum Nord- südamerikanischer Kulturraum	Afrikanischer und Asiatischer Kulturraum

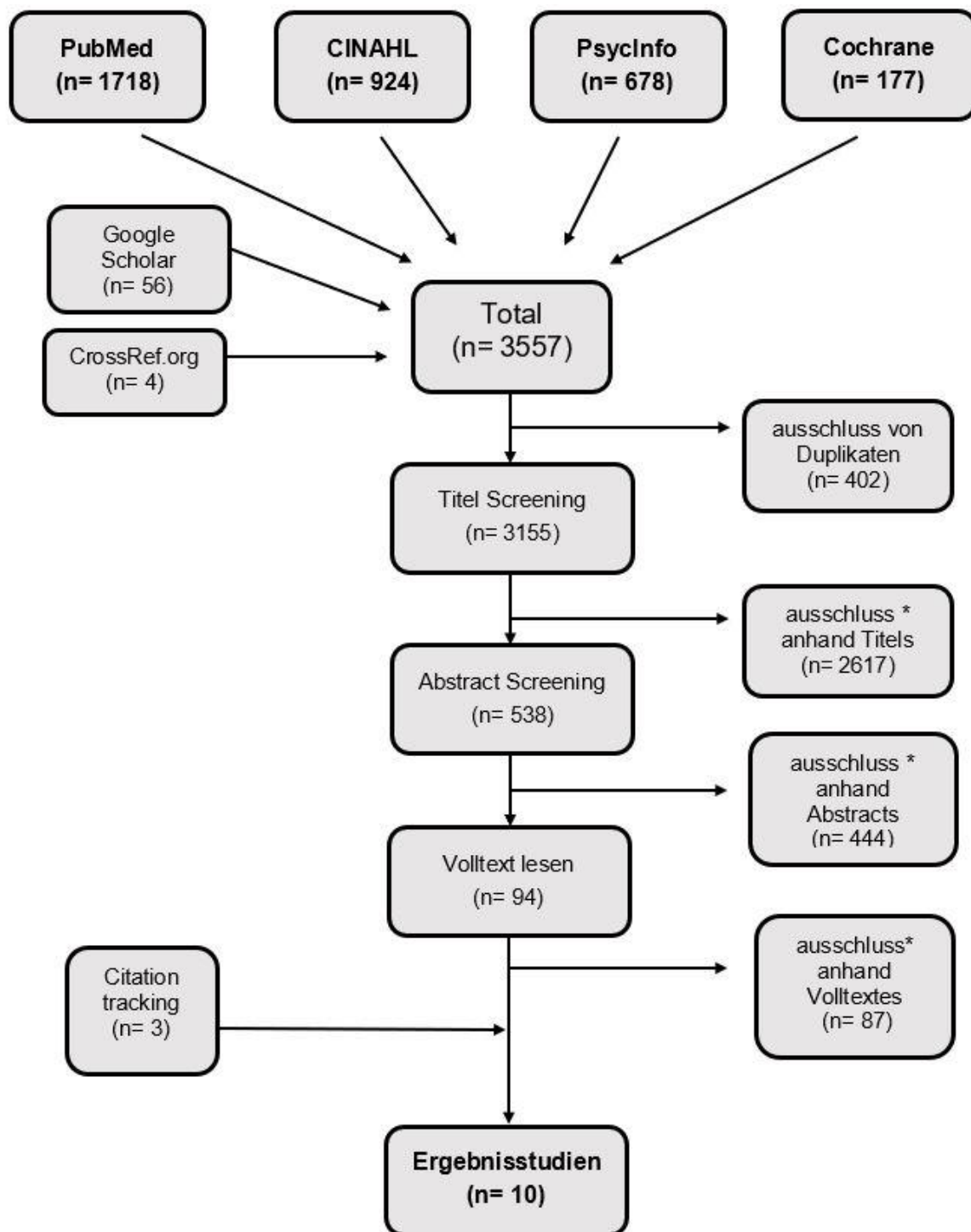
Studienresultate aus fernen Kulturkreisen, welche einen starken Unterschied zur hiesigen aufweisen, werden auf ihre Übertragbarkeit überprüft. Da Grundversorgung und kulturelle Unterschiede zu stark von westlichem Raum abweichen, werden Resultate aus dem asiatischen und afrikanischen Raum ausgeschlossen. Resultate, die den Schwerpunkt auf assistierten Suizid legen, werden ausgeschlossen, da hierbei eine Unterbrechung der suizidalen Handlung gegen die Intention des begleitenden Suizids verstossen würde. Langfristige und sekundäre Präventionsmassnahmen, die auf eine bestehende zwischenmenschliche und therapeutische Beziehung beruhen, können nicht unmittelbar verrichtet werden und werden deshalb ausgeschlossen.

Die weitere Systematisierung der gefundenen Literatur erfolgt durch ein sondierendes Ausschlussverfahren. Zuerst werden die Titel der Ergebnisse gesichtet, Duplikate entfernt und nicht geeignete Ergebnisse, anhand der Ausschlusskriterien sondiert. Darauffolgend werden analog die Abstracts gesichtet und nach Ein- und Ausschlusskriterien sondiert.

3.2. Ergebnisse der Literaturrecherche

Nachdem eine umfassende Literatursuche in den genannten Datenbanken erfolgte und alle genannten Komponenten des Suchprozesses durchgeführt wurden, konnten gesamthaft zehn Studien in qualitativen Studiendesign, nachfolgend Hauptstudien genannt, zur Literaturanalyse eingeschlossen werden. In Abbildung 7 wird der Such- und Selektionsprozess schematisch dargestellt.

Abbildung 7. Flowchart Selektionsprozess Stand 22.03.19



* **Ausschlusskriterien** nach Tabelle 8: Hinterbliebene Angehörige, Selbstverletzungsverhalten, andere Berufsgruppen, Assistierter Suizid, Pharmakologische Interventionen, längerfristig geplante Massnahmen, Prä- Postventionsmassnahmen, Assessment, Verhaltenspläne, nicht medizinische/ psychiatrische Bereiche, Afrikanischer Raum, Asiatischer Raum

4. Ergebnisse

Folgend werden die Ergebnisse der systematisierten Literatursuche aufgeführt. Das Kapitel beinhaltet Tabelle 9, welche eine Übersicht der gewählten Hauptstudien darstellt. Des Weiteren wird die kategorische Unterteilung der Ergebnisse aufgeführt. Die detaillierten Ergebnisse und ausführlichen Zusammenfassungen der Hauptstudien befinden sich im Anhang.

4.1. Übersicht der eingeschlossenen Hauptstudien

Tabelle 9 ist eine Übersicht der Ergebnisstudien, nachfolgend Hauptstudien genannt, welche zur Beantwortung der Fragestellung eingeschlossen wurden.

Tabelle 9
Übersicht der ausgewählten Studien

Studien-nummer	Titel	Autoren/ Publikationsjahr/ Journal	Design/ Methode/ Datenerhebung	Stichprobengrösse/ Teilnehmer/ Setting	Ziel der Studie
S1	Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor	Hagen, Knizek und Hjelmeland (2017) <i>Archives of psychiatric nursing</i>	Qualitativ Deskriptiv /explorativ/ prospektiv Halb-strukturierte Einzel-Interviews mit Interviewleitfaden	(N= 8) Alter: 43-60 Jahre Frauen: 7 Männer: 1 Psychiatrische Station in Norwegen	Wie erleben psychiatrische Pflegefachpersonen ihre eigenen Fähigkeiten bezüglich Wahrnehmung und Reaktion auf suizidales Verhalten?
S2	Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study	Vedana, Magrini, Miasso, Zanetti, de Souza und Borges (2017) <i>Archives of psychiatric nursing</i>	Qualitativ Grounded Theory, prospektiv Narrative Interviews mit Gesprächsleitfaden	(N= 19) Alter: 19- >50 Jahre Frauen: 12 Männer: 7 Spital Notfallabteilung und Notfallambulanz, Brasilien	Erfahrungen von Pflegefachpersonen des Notfallservice im Umgang mit suizidalen Personen.

Studien-nummer	Titel	Autoren/ Publikationsjahr/ Journal	Design/ Methode/ Datenerhebung	Stichprobengrösse/ Teilnehmer/ Setting	Ziel der Studie
S3	An interpretive study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons	Scheckel und Nelson (2014) <i>Journal of Professional Nursing</i>	Qualitativ Explorativ/ prosepktiv Narrative Interviews	(N=12) Alter: 21-26 Jahre Frauen: 12 Arizona, USA	Erfahrungen von Pflegestudierenden in der Pflege von suizidalen Personen.
S4	Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients	Vatne und Naden (2018) <i>Nursing ethics</i>	Qualitativ Explorativ/ retrospektiv Narrative Interviews	(N= 10) Alter: 21- 52 Jahre Frauen: 4 Männer: 6 Schweden	Welche Faktoren suizidale Personen als Unterstützung in Pflege und Behandlungssituationen erleben.
S5	Finally, it became too much—experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide	Vatne und Naden (2012) <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>	Qualitativ Explorativ/ prospektiv Narrative Interviews	(N= 10) Alter: 21- 52 Jahre Frauen: 4 Männer: 6 Psychiatrische Station Norwegen	Erfahrungen von Personen nach suizidalen Krisen oder kürzlich durchgeführtem Suizidversuch.
S6	Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses.	Lees, Procter und Fasset (2014) <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>	Qualitativ/ prospektiv Multimethod aus Umfrage und semi-strukturierte Interviews mit Gesprächsleitfaden	Umfrage: (N=87) Interviews mit Pflegefachpersonen: (N=11) Durchschnittsalter: 48 Jahre Frauen: 6 Männer: 5 Interviews mit Betroffenen: (N= 9) Durchschnittsalter: 41 Jahre Frauen: 6 Männer: 3 Südost- Australien	Erfahrungen und Bedürfnisse von Personen, die eine suizidale Krise hatten, inwieweit diese Bedürfnisse befriedigt wurden, welche Rolle die Bereitschaft der Pflegefachkräfte in diesem Zusammenhang spielte und welche Schlüsselfaktoren Auswirkungen auf die Pflegequalität haben.
S7	The Reasons to Go On Living Project: stories of recovery after a suicide attempt	Chan, Kirkpatrick und Brasch (2017)	Qualitativ Deskriptiv/ explorativ/ retrospektiv	(N= 113) Keine Erfassung der demografischen Daten	Einsicht in Übergang von suizidaler Krise zur Entscheidung für Leben aus Sicht der betroffenen Personen.

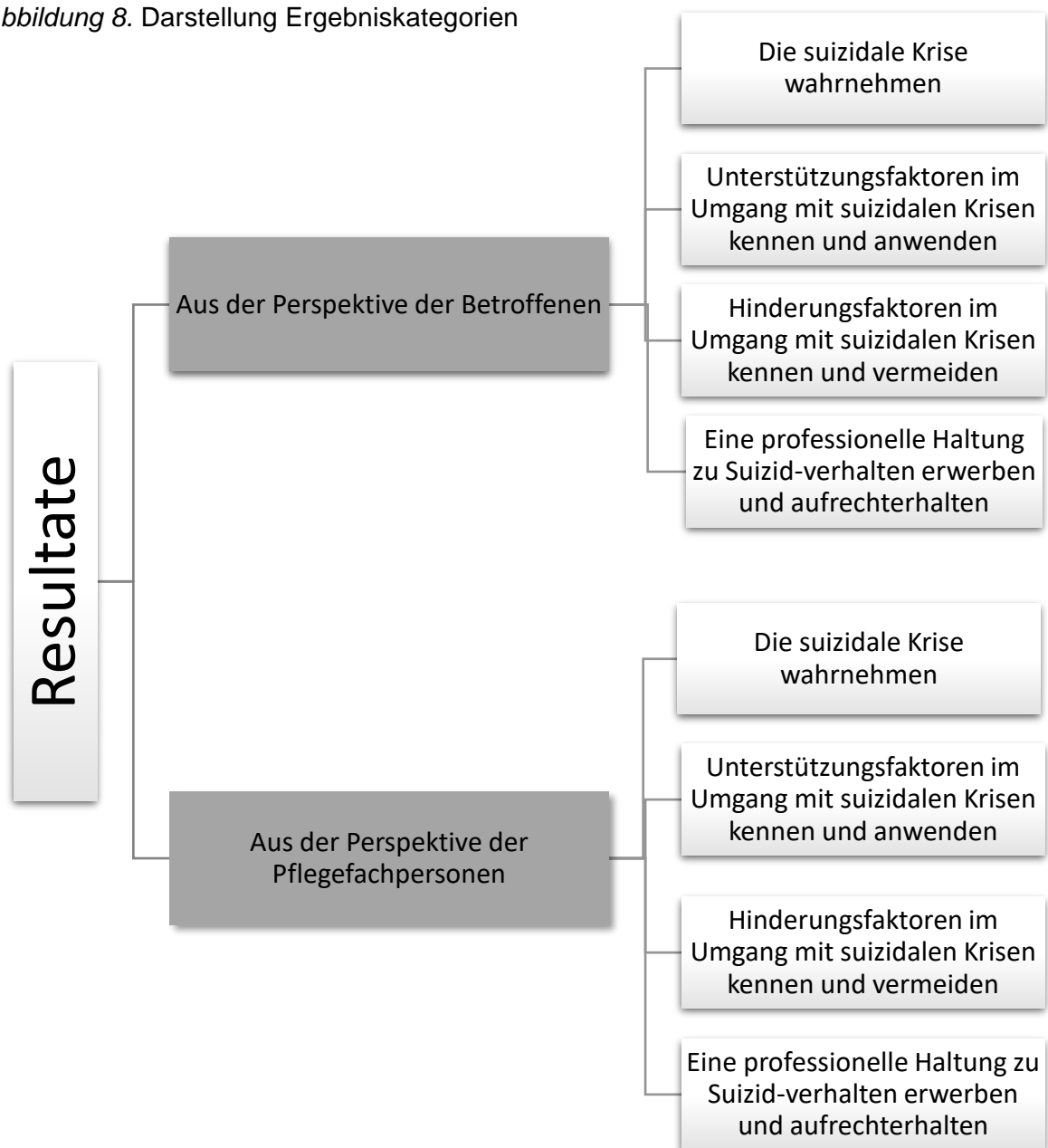
Studien-nummer	Titel	Autoren/ Publikationsjahr/ Journal	Design/ Methode/ Datenerhebung	Stichprobengrösse/ Teilnehmer/ Setting	Ziel der Studie
		<i>Qualitative Research in Psychology</i>	Webbasierte Umfrage mit narrativen schriftlichen Erzählungen		
S8	A Narrative Web-Based Study of Reasons To Go On Living after a Suicide Attempt: Positive Impacts of the Mental Health System	Kirkpatrick, Brasch, Chan und Singh Kang (2017) <i>Journal of Mental Health and Addiction Nursing</i>	Qualitativ Deskriptiv/ explorativ/ prospektiv Webbasierte Umfrage mit narrativen schriftlichen Erzählungen	(N= 50) Keine Erfassung der demografischen Daten	Welche Aussagen machen suizidale Personen über die positive Rolle / Wirkung des psychischen Gesundheitssystems?
S9	Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study: Involving patients in suicide prevention	Ghio, Zanelli, Gotelli, Rossi, Natta und Gabrielli (2011) <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>	Qualitativ Explorativ/ prospektiv Fokusgruppen-interviews mit Interviewleitfaden	(N= 17) Durchschnittsalter: 45.6 Jahre Frauen: 10 Männer: 7 San Martino, Italien	Einblick in die individuellen Erfahrungen von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben.
S10	Yearning to Be Heard: What Veterans Teach Us About Suicide Risk and Effective Interventions	Montross, Palinkas, Meier, Iglewicz, Kirkland und Zisook (2014) <i>Crisis</i>	Qualitativ Explorativ/ prospektiv Narratives Interview mit Gesprächsleitfaden	(N= 23) Alter: 29 - 81 Jahre Frauen: 4 Männer: 19 Stationäre Psychiatrie San Diego, USA	Einblicke in die aufgetretene Suizidalität von schwer psychisch erkrankten Veteranen-Personen

4.2. Bildung der Ergebniskategorien

Aus den relevanten Aussagen der Hauptstudien wurden in einem induktiven Prozess vier Kategorien gebildet, welche jeweils aus der Perspektive von Betroffenen und von Pflegefachpersonen betrachtet werden (Abbildung 8).

Themen, die mindestens zweimal in den Ergebnisstudien erscheinen und einander zugeordnet werden können, bilden die jeweilige Ergebniskategorie, welche unter Kapitel 4.3. ausführlich beschrieben sind.

Abbildung 8. Darstellung Ergebniskategorien



4.3. Beschreibung der Ergebniskategorien

Die zentralen Aussagen der Hauptstudien werden den gebildeten Kategorien "die suizidale Krise wahrnehmen" (Abschnitt 4.2.1), "Unterstützungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und anwenden" (Abschnitt 4.2.2.), "Hinderungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und vermeiden" (Abschnitt 4.2.3.) und "eine professionelle Haltung zu Suizidverhalten erwerben und aufrechterhalten" (Abschnitt 4.2.4.) zugeteilt. Tabelle 10 zeigt das Auftreten der vier Kategorien in den jeweiligen Hauptstudien.

Tabelle 10

Auftreten der Kategorien in den Hauptstudien

Studie	Suizidale Krise wahrnehmen	Unterstützungs- faktoren kennen und anwenden	Hinderungsfaktoren kennen und vermeiden	Professionelle Haltung erwerben und aufrecht erhalten
Aus Perspektive der Pflegefachpersonen				
S1	x	x	x	x
S2	x		x	x
S3	x		x	x
Aus Perspektive der betroffenen Personen				
S4	x	x		x
S5	x		x	
S7	x	x		
S8	x	x		
S9	x		x	x
S10	x	x	x	x
Aus beiden Perspektiven				
S6	x	x	x	x

Die Beschreibungen der Ergebniskategorien erfolgt jeweils durch eine Definition und der Zuordnung von Ergebnissen der Hauptstudien aus der jeweiligen Perspektive. Aufgrund der Umfangsbeschränkung dieser Arbeit, können exemplarisch nur vereinzelt Zitate aus den Hauptstudien aufgeführt werden.

4.3.1. Die suizidale Krise wahrnehmen

Definition

Die suizidale Krise wahrnehmen zielt auf das persönliche Erleben, Gefühle und Gedanken zu Suizid-verhalten ab. Aus der Perspektive der betroffenen Personen wird die Wahrnehmung des eigenen Suizid-verhaltens beschrieben, aus der Perspektive der Pflegefachpersonen hingegen, inwiefern das Suizid-verhalten in Betreuungssituationen wahrgenommen wird.

Aus der Perspektive der Betroffenen

Suizidale Personen nehmen Suizid-verhalten verschieden wahr, aufgrund individueller Konstellationen und Variationen aus verschiedenen Emotionen. Häufig geht Suizid-verhalten mit Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Versagensgefühlen und existenziellen Einsamkeitsgefühlen einher und ist ein Ausdruck des Verlangens nach Linderung des psychischen Schmerzes, welcher so stark ist, dass Suizid als einzig möglicher Ausweg für Betroffene angesehen wird. Suizid wird nicht als einfache Entscheidung oder Lösung empfunden (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017; Ghio et al., 2010; Gotelli, Rossi, Natta & Gabrielli, 2011; Montross Thomas, Palinkas, Meier, Iglewicz, Kirkland & Zisook, 2014; Vatne und Nåden, 2012). Kurz vor oder während eines Suizidversuchs fühlen sich Betroffene nicht mehr mit der Welt verbunden und beschreiben Gefühlszustände der Angst, Ärger, Wut, Schmerz, Verwirrung, Verzweiflung, sowie das Gefühl, sich in einem ambivalenten Stadium im Kampf, um Leben oder Tod zu befinden (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017; Ghio et al., 2011; Montross Thomas et al., 2014; Vatne und Nåden, 2012):

"My way of thinking was that ending my life was the only answer. There had been numerous attempts, too many to count. My thoughts were that if I wasn't alive, I wouldn't have to deal with my problems. . . I reach a point in my life that I just couldn't do it anymore and the only answer was to end my life once and for all" (Chan, Kirkpatrick & Brasch, 2017, S. 367).

Ein Suizidversuch löst Scham, Schuld und Verantwortungsgefühle, vor allem gegenüber Familienmitgliedern und dem sozialen Umfeld aus. Vor und nach einem Suizidversuch haben Betroffene das Bedürfnis, in ihrem psychischen Leiden verstanden, als Person wahrgenommen und gehört zu werden (Kirkpatrick, Brasch, Chan & Singh Kang; 2017; Vatne & Nåden, 2012; Vatne & Nåden, 2018).

Aus der Perspektive von Pflegefachpersonen

Die Pflege von suizidalen Personen ist eine emotional intensive Arbeit, welche belastend ist und traumatisierend sein kann. Bedingt durch Suizid-verhalten erleben Pflegefachpersonen Wut, Angst, Ärger, Hilflosigkeit, Selbstzweifel, Schuld, Enttäuschung und Frustration (Hagen, Knizek & Hjelmeland ,2017; Vedana, Magrini, Miasso, Zanetti, de Souza & Borges, 2017). Um der suizidalen Person gegenüber professionell auftreten zu können, werden diese Emotionen in Betreuungssituationen unterdrückt, was von Pflegefachpersonen als erlebtes, inneres Ungleichgewicht wahrgenommen wird (Hagen et al., 2017; Lees, Procter & Fassett, 2014; Vedana et al. 2017). Hagen et al. (2017) berichten von negativen Gefühlen gegenüber suizidalen Personen, welche durch Frustration, sich wiederholende suizidale Handlungen derselben Person oder durch Effekte der Übertragung- respektive Gegenübertragung von negativen Gefühlen von suizidalen Personen auf Pflegefachpersonen bedingt sind.

4.3.2. Unterstützungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und anwenden

Definition

Unterstützungsfaktoren aus der Perspektive der betroffenen Personen stellen hilfreiche und wirksame Faktoren dar, um eine suizidale Krise erfolgreich zu bewältigen. Aus der Perspektive der Pflegefachpersonen werden Einflussfaktoren,

welche sich auf die Pflege und Betreuung von suizidalen Personen positiv auswirken oder diese begünstigen, beschrieben.

Aus der Perspektive der Betroffenen

Kontakte zwischen Pflegefachpersonen und Betroffenen in suizidalen Krisen sind ein wichtiger Schutzfaktor. In suizidalen Krisen nehmen betroffene Personen entgegengebrachtes Verständnis für ihre Situation als unterstützend wahr. Als ganzheitlicher Mensch in Leiden, Verzweiflung, Angst und Sorge wahrgenommen zu werden, bestärkt Betroffene positiv in ihren Bewältigungsmechanismen. Durch fühlbare Empathie wird die erlebte Einsamkeit und das damit verbundene Leiden reduziert und das Verbundenheitsgefühl gefördert (Chan et al., 2017; Kirkpatrick et al., 2017; Vatne & Nåden, 2018):

I finally found a person who was able to connect with me and help me climb out of the pit I was in. I asked her if anyone as sick as me could get better, and she said, "Yes", she had seen it happen. Those were the words I had been waiting to hear! I quickly became very motivated to get better. I felt heard and like I had just found a big sister, a guide to help me figure out how to live in the world. This person was a nurse who worked as a trauma therapist (Kirkpatrick et al., 2017, S. n.p.).

Wie Vatne und Nåden (2018) beschreiben, können empathische Gespräche dazu beitragen, dass Betroffene realisieren, dass ihre Lebenssituation selbstwirksam beeinflussbar ist, auch wenn die Krise hoffnungslos erscheint. Die Haltung von Pflegefachpersonen und deren Pflegekultur ist ausschlaggebend für eine wohlwollende Atmosphäre, die von Betroffenen als beruhigend und wertschätzend wahrgenommen wird und durch Körpersprache, dem Willen das Selbstvertrauen zu stärken und der entgegengebrachten Beziehungsangebote beeinflussbar ist (Kirkpatrick et al., 2017; Vatne & Nåden, 2018). In Zusammenhang mit der Wirksamkeit von therapeutischen Beziehungen zwischen Pflegefachpersonen und Betroffenen wird beschrieben, dass offene Gespräche über gemachte Erfahrungen mit der inneren Isolation, des Kontrollverlusts sowie der erlebten Not, bereits

heilsam wirken und objektivieren können (Lees et al., 2014). Religion und Spiritualität, ein wertschätzendes soziales Umfeld, Hospitalisierung und adäquate psychiatrische Versorgung werden als mögliche Wendepunkte in der Entscheidung zwischen Leben und Tod beschrieben. Aufgaben, die in der Zukunft noch zu erledigen sind und die Wahrnehmung der möglichen Auswirkungen eines Suizids auf das eigene soziale Umfeld stellen weitere mögliche Wendepunkte im Übergang von Suizid-verhalten zu Überlebenswillen dar. Einigen Personen dient die Option, jederzeit einen Suizid begehen zu können, als Bewältigungsstrategie (Chan et al., 2017): "there is always another day, and suicide is always available. It became my way of getting through life, it was always my back up plan" (Chan et al., 2017, S. 367).

Aus der Perspektive der Pflegefachpersonen

Die Fähigkeit sich auszutauschen und die Möglichkeit eigene Gefühle und Gedanken innerhalb des Behandlungsteams mitzuteilen, sind gemäss Hagen et al. (2017) essenziell für Pflegefachpersonen, um sich professionell in Betreuungssituationen mit suizidalen Personen verhalten zu können. Eine Aufteilung von Verantwortungen innerhalb des Behandlungsteams wird als emotionale Entlastung erlebt, welche für den Bewältigungsprozess der besonders belastenden Ereignisse benötigt wird. Pflegefachpersonen empfinden Angebote von formeller und informeller Unterstützung im emotionalen und pädagogischen Sinn, beispielsweise durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Gespräche mit Vorgesetzten, als Förderungsmassnahmen, um handlungsfähig zu werden, zu sein und bleiben zu können (Lees et al., 2014). Die Massnahmen fördern Selbstreflexionen und steigern die Wahrnehmung für Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen. Das Erschöpfungsrisiko wird gesenkt und Pflegefachpersonen werden dazu befähigt, nach einem Kliniksuiizid zukünftig weiter suizidale Personen adäquat betreuen zu können (Hagen et al., 2017).

4.3.3. Hinderungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und vermeiden

Definition

Die Hinderungsfaktoren beschreiben Einflussfaktoren, die sich obstruktiv auf den Umgang mit der suizidalen Krise auswirken und somit zu vermeiden sind.

Hinderungsfaktoren aus der Perspektive von betroffenen Personen werden im Hinblick auf die Bewältigung als einschränkend oder unwirksam erlebt. Die Hinderungsfaktoren aus der Perspektive der Pflegefachpersonen stellen Einflussfaktoren dar, welche sich negativ auf die Pflege und Betreuung von suizidalen Personen auswirken oder diese erschweren.

Aus der Perspektive von Betroffenen

Fehlendes entgegengebrachtes Verständnis und fehlende Bestätigung seitens Pflegefachpersonen können nach Vatne und Nåden (2012) das Einsamkeitsgefühl von Betroffenen in suizidalen Krisen steigern. Ghio et al. (2011) betonen, dass dieser Mangel an Einfühlungsvermögen als eines der grössten Probleme ausserhalb psychiatrischer Einrichtungen gilt. Schadhafte Beziehungen zwischen Pflegefachpersonen und Betroffenen entstehen durch fehlende Bemühungen seitens Betreuungspersonen, eine funktionierende Beziehung zu der betroffenen Person aufzubauen, welche empathisches Handeln, Positivität und Unterstützung beinhalten sollte (Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., 2014):

I had a terrible experience in the emergency ward of G. hospital (General). I was semi-conscious and I heard staff commenting about their having to waste time on me when there were other patients more in need, worse off than me (Ghio et al., 2011, S. 515).

The nurses in casualty did not understand how I was suffering . . . they almost seemed to be saying – pity she did not succeed, now we've got to waste time treating her (Ghio et al., 2011, S. 515).

Aus der Perspektive von Pflegefachpersonen

Negative Dokumentationen und Vorgeschichten über das Risikopotenzial einer suizidalen Person erzeugen bei Pflegestudierenden initiale Ängste vor der generellen Interaktion mit suizidalen Personen und verringern somit die Fähigkeiten adäquate Pflege leisten zu können (Scheckel & Nelson, 2014). Hagen et al. (2017) berichten, dass fehlendes Selbstvertrauen sowie das Gefühl nicht ausreichend für offene Gespräche über Suizid führen zu können, ein Hindernis für Pflegefachpersonen darstellt. Vedana et al. (2017) benennen fehlendes Fachwissen, fehlende klinische Fertigkeiten, Kraftlosigkeit, persönliche Barrieren, fehlende Ressourcen, fehlende spezifische Schulungen und fehlende klinische Überwachung der Pflegepraxis als Hinderungsfaktoren für Pflegefachpersonen. Sie begünstigen die Stigmatisierung von suizidalen Personen, führen zu negativen Reaktionen und hindern die Entwicklung einer empathischen Grundhaltung, welche für eine gute Pflege wichtig ist. Durch fehlende klinische Supervisionen bleibt die Reduktion dieser Hindernisse aus (Lees et al., 2014). Nach Hagen et al. (2017) führt erlebte Hilflosigkeit von Pflegefachpersonen dazu, dass sie in einen Missstand versetzt werden und hindern sie daran, professionell mit den Betroffenen arbeiten zu können.

4.3.4. Eine professionelle Haltung zu Suizidalität erwerben und aufrechterhalten

Definition

Aus der Perspektive von betroffenen Personen werden Erwartungen über Haltung und Verhalten von Pflegefachpersonen, die im Betreuungskontext mit Suizidverhalten konfrontiert sind, genannt. Aus der Perspektive der Pflegefachpersonen wird beschrieben, welche Haltungen und Verhaltensweisen als professionell erachtet werden und wie diese aufrechterhalten werden können.

Aus der Perspektive der Betroffenen

Gemäss Montross Thomas et al. (2014) ist eine adäquate Betreuung suizidaler Personen abhängig von der Haltung und dem Verhalten der Pflegefachpersonen gegenüber Betroffenen. Suizidale Personen erwarten empathisches,

unterstützendes und verständnisvolles Verhalten von Betreuungspersonen, welche Suizidalität weitwinklig aus einem biopsychosozialen Kontext betrachten können. Ghio et al. (2011) betonen, dass ein empathisch erlebtes soziales Umfeld, durch die Möglichkeit das eigene Selbstverständnis auszudrücken, im Wesentlichen als therapeutisch wirksam und schützend wahrgenommen wird. Die Qualität der erfahrenen Pflege hängt demnach vom Grad mitfühlender Nähe, emotionalem Verständnis und zwischenmenschlicher Beziehung ab. Bleiben diese Elemente aus, wird die Betreuungssituation als eine weitere Quelle von Frustration, Einsamkeit und Stigmatisierung erlebt. Nach Lees et al. (2014) sind bereits die Bemühungen um eine zwischenmenschliche Beziehung therapeutisch wirksam, da Pflegefachpersonen durchaus in der Lage dazu sind, Einblicke in intrapersonelle Erfahrungen von Betroffenen zu erhalten und diese zu beeinflussen. Vatne und Nåden (2018) beschreiben, dass eine kollektive Haltung von Pflegefachpersonen, geprägt von Akzeptanz und Wertschätzung, für Betroffene die Wahl zwischen Leben und Tod bedeuten kann. Pflegefachpersonen müssen offen mit suizidalen Personen über ihre Bedürfnisse sprechen können und Hoffnungslosigkeit tolerieren, akzeptieren und aushalten können. Hoffnung spielt eine tragende Rolle in der Pflege von suizidalen Personen. Betroffene berichten, dass mitfühlende Begegnungen mit Fachpersonen weitgehend ausbleiben, obwohl diese das Gefühl der Hoffnungslosigkeit verringern könnten.

Aus der Perspektive von Pflegefachpersonen

Als Voraussetzungen für eine professionelle Haltung gegenüber Suizidalität nennen Vedana et al. (2017) eigenes Fachwissen, eigene Fähigkeiten und die Kontrolle der eigenen Emotionen. Eine professionelle Haltung von Pflegefachpersonen soll in deren Augen empathisch, wertefrei, tolerant, emotional kompetent und klar sein. Hagen et al. (2017) berichten darüber, dass Pflegefachpersonen ihre Arbeit als professionell erachten, wenn sie die eigenen Gefühle von den Gefühlen der betroffenen Person abgrenzen können und dazu in der Lage sind, vertieftes Verständnis für die Lebenssituation der betroffenen Person aufzubringen. Dabei darf weder stigmatisierend noch zu paternalistisch zu gehandelt werden. Gemäss Lees et al. (2014) erleben Pflegefachpersonen eine schlechte Haltung, fehlendes

Fachwissen und fehlende Bemühungen zum Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung, als unprofessionelles Verhalten. Laut Scheckel und Nelson (2014) kann eine professionelle Haltung sowie professionelles Handeln im Rahmen der Ausbildung erlangt und gefördert werden. Durch mangelndes Selbstvertrauen in die eigenen Kompetenzen für den Umgang mit suizidalen Personen werden Verhaltensweisen und Haltungen der Pflegefachpersonen negativ beeinflusst. Die Pflegefachpersonen aller Hauptstudien beschreiben, dass eine adäquate und umfangreiche Ausbildung von Fachwissen unerlässlich für die Entwicklung und Erhaltung einer professionellen Haltung ist und die Verhaltensweise stark durch die eigene Haltung beeinflusst wird.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit sucht nach erfordernten Kompetenzen von Pflegefachpersonen, um einen stattfindenden Suizidversuch unmittelbar unterbrechen zu können. Um wissenschaftlich fundierte Praxisempfehlungen abgeben zu können, wird die Literaturgüte der qualitativen Ergebnisse kritisch überprüft, interpretiert und vor dem Hintergrund von zeitgemässer Fachliteratur und dem Evidence-based Nursing Modell inhaltlich diskutiert.

5.1. Literaturgüte

Zur Beurteilung der Literaturgüte wurden die Hauptstudien anhand eines Würdigungsinstrumentes für qualitative Studien nach Behrens und Langer (2010) bewertet. Tabelle 11 stellt exemplarisch den Gesamtüberblick der Literaturgüte der zehn Hauptstudien dar, indem eine Benotung der BIAS Vermeidung durch den Verfasser von eins bis sechs stattgefunden hat. Je höher die BIAS- Vermeidung punktet, desto glaubwürdiger wurde die Studie eingeschätzt und desto geringer wird eine kognitive Verzerrung der Ergebnisse durch Forschungsmängel vermutet. Die ausführliche Bewertung der einzelnen Studien sind dem Anhang beigelegt.

Tabelle 11

Übersicht Gütequalität der Hauptstudien; modifizierte Gütekriterien n. Behrens und Langer (2010)

Beurteilungskriterium	Studiennummer									
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
2. Ist die Auswahl des Forschungsdesigns passend?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Ist eine Literaturrecherche durchgeführt worden?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
4. Wurden die Teilnehmer passend ausgewählt?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Wurden Teilnehmer ausreichend beschrieben?	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
6. Wurde die Datensammlung ausreichend beschrieben?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Wurde die Datenanalyse passend durchgeführt?	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓
8. Erfolgte Datensammlung bis zur Sättigung?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11. Helfen die Ergebnisse, zu einem besseren Verständnis?	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓
12. Gibt es konkrete Anwendungsmöglichkeiten?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Benotung Glaubwürdigkeit: Bewertungskriterium 1. – 8.	6	5	5	6	6	4	4	4	4	4
Benotung Aussagekraft: Bewertungskriterium 9. – 10.	6	5	4	5	5	4	6	6	6	6
Benotung Anwendbarkeit: Bewertungskriterium 11. – 12.	6	6	4	6	6	4	6	6	6	6
Gesamtbenotung BIAS Vermeidung:	6	5	4	6	6	4	5	5	5	5
Beurteilungskriterium: ✓ = wurde ausreichend erfüllt; ✗ = wurde unzureichend erfüllt										
Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden										

Zusammengefasst liegt der einfache Durchschnittswert der zehn Hauptstudien bei einer BIAS- Vermeidung von 5.1 und keine der Hauptstudien unterschreitet die Note 4. Daraus resultiert, dass die Hauptstudien gesamthaft einer guten Literaturgüte entsprechen und somit eine gute Glaubwürdigkeit aufweisen. In sechs von 10 Hauptstudien wird zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, jedoch weisen alle klar formulierte Forschungsziele auf. In neun von zehn Hauptstudien ist eine Literaturrecherche vorhanden. In sieben von zehn Hauptstudien wurden die Forschenden nicht ausreichend beschrieben, jedoch wurden die Teilnehmer ausreichend beschrieben. In neun von zehn Hauptstudien wurden passende Datenanalysen, nachvollziehbare Ergebnisdarstellungen und Erkenntnisbringende Ergebnisse dargestellt. Die Aktualität der Ergebnisse ist gewährleistet, da alle Hauptstudien im Zeitraum von 2008 bis 2018 publiziert wurden. Qualitative Studiendesigns eignen sich für die Beantwortung dieser Fragestellung, da menschliches Verhalten nicht linear verläuft, weshalb die Komplexität des Phänomens im Kontext mit der individuellen Person betrachtet werden muss (Hjelmeland & Knizek, 2010).

5.2. Inhaltliche Diskussion

Der Verfasser entscheidet sich an dieser Stelle, die Ergebnisse aus der Perspektive von Betroffenen sowie aus der Perspektive von Pflegefachpersonen bereits vor der inhaltlichen Diskussion zu geforderten Kompetenzen der Pflegefachpersonen zusammenzuführen, damit die erhaltenen Kompetenzen mit quantitativen Publikationen, Richtlinien, Handlungsempfehlungen und weiteren wissenschaftlichen Publikationen verglichen werden können. Da die Ergebnisse der beiden Perspektiven sich gleichen oder überschneiden werden sie inhaltlich unverändert in Kompetenzen umformuliert. Dadurch schliesst der Verfasser eine Verfälschung oder Verzerrung der Ergebnisse aus. Diese Vorgehensweise vermeidet Redundanzen, beantwortet zielführend die Fragestellung und lässt eine Überprüfung der Kompetenzen auf die Anwendbarkeit in der Pflegepraxis zu. Eine

weitere Möglichkeit der inhaltlichen Diskussion wäre, die Diskussion der einzelnen Ergebniskategorien aus den jeweiligen Perspektiven, wobei anschliessend ebenfalls eine Synthese durchgeführt werden müsste. Die resultierenden Kompetenzen werden unter Kapitel 5.3. mit bestehender Literatur gestützt oder widerlegt und in Bezug mit den theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit gebracht.

5.2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Folgend bietet Tabelle 12 eine zusammengefasste Übersicht der Ergebnisse aus den Hauptstudien in eigenen Worten.

Tabelle 12

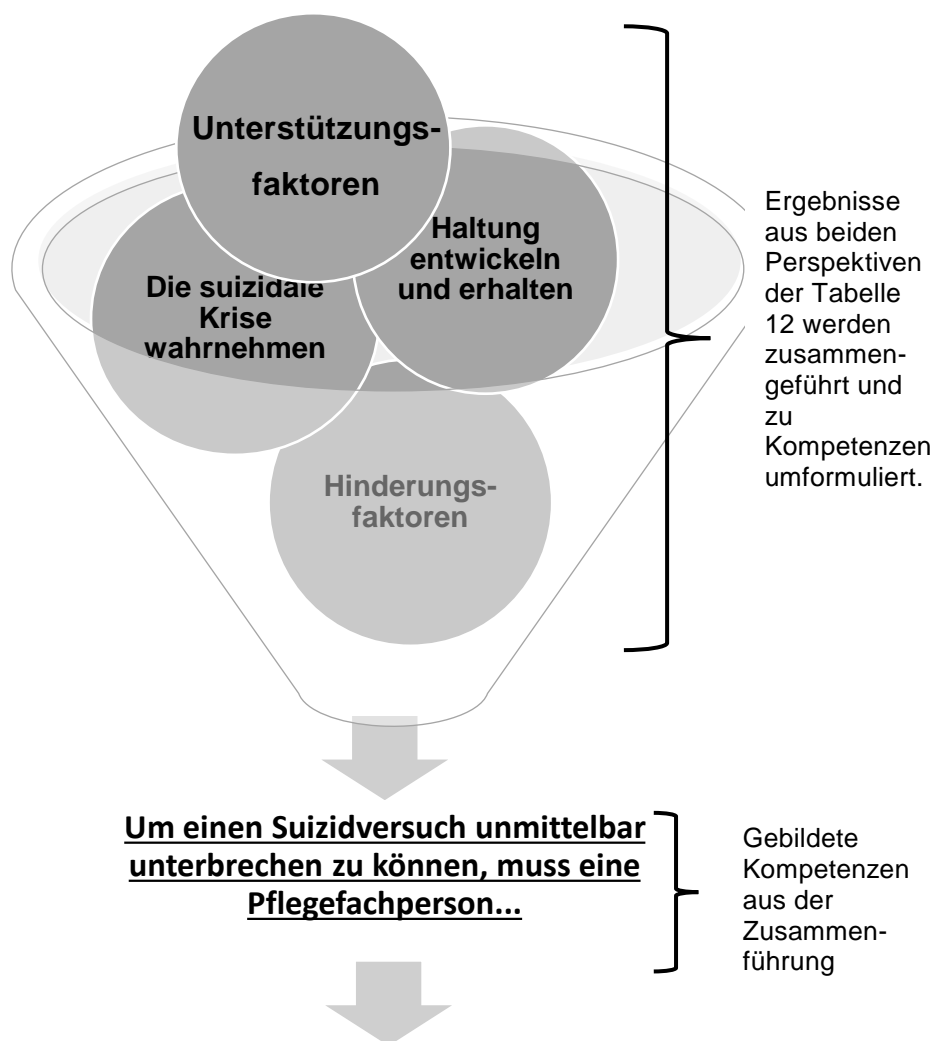
Übersicht von Kernaussagen der Hauptstudien

	Wie wird Suizidalität wahrgenommen?	Welche Faktoren gelten als hilfreich, um eine suizidale Krise bewältigen zu können?	Welche Faktoren behindern die Bewältigung der suizidalen Krise?	Was zeichnet eine professionelle Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Suizidalität aus?
Aus der Perspektive der Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> • sehr individuell • ambivalenter Gefühlszustand • Zustand von Hoffnungslosigkeit, Versagensangst, Einsamkeit • starkes Bedürfnis nach Leidensminderung • schwere Entscheidung • steht in Verbindung mit Scham und Schuld 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Pflegefachpersonen haben • Verständnis erfahren • empathisches soziales Umfeld spüren • offene Gespräche führen können • Religion und Spiritualität nutzen können • Folgen/ Auswirkungen eines Suizidversuchs auf das eigene soziale Umfeld wahrnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unverständnis von sozialem Umfeld erfahren • schadhafte Beziehung zu Pflegefachpersonen führen • stigmatisiert werden • nicht gehört werden • nicht ganzheitlich wahrgenommen zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathisches, unterstützendes, verständnisvolles Handeln • Hoher Grad an mitfühlender Nähe, emotionalem Verständnis • Bereitschaft zur zwischenmenschlichen Beziehung zeigen können • Fähigkeiten haben, um intrapersonellen Erfahrungen zu beeinflussen • Offenes, tolerantes und akzeptierendes auftreten • Präsent sein
Aus der Perspektive der Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • emotional intensiver Ausnahmezustand • Auslöser für Hilflosigkeit, Wut, Angst, Ärger, Frustration, Selbstzweifel, Unsicherheit • führt zu erlebtem Ungleichgewicht der eigenen Gefühle • Übertragung/ Gegenübertragung von Gefühlen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • über eigene Emotionen unterhalb Behandlungsteam austauschen können • Verantwortung mit anderen teilen können • zu der Situation emotional abgrenzen können • formelle und informelle Unterstützung erhalten • klinische Supervisionen und Nachbesprechungen erhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • ängstlich und voreingenommen sein • wenig Selbstvertrauen in eigene Pflegekompetenzen haben • nicht ausreichend Fachwissen haben • fehlende oder schlechte/ falsche Haltung haben • sich hilflos fühlen • arbeiten unter erschwerten Arbeitsbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachwissen besitzen und anwenden • die eigenen Emotionen unter Kontrolle halten • empathisch, wertefrei, tolerant und klar sein können • Fähigkeiten besitzen, um eigene Gefühle von Gefühlen der suizidalen Person abgrenzen zu können • weder stigmatisierend noch paternalistisch sein • reaktionsfähig und adäquat Handeln können

5.2.2. Synthese

Wie Abbildung 9 grafisch darstellt, folgt eine Zusammenführung von mehreren Inhalten zu einer neuen Einheit; die sogenannte Synthese, in zwei Schritten. Dazu werden zunächst die Ergebnisse der beiden Perspektiven der Tabelle 12, zusammengeführt und zu Kompetenzen umformuliert.

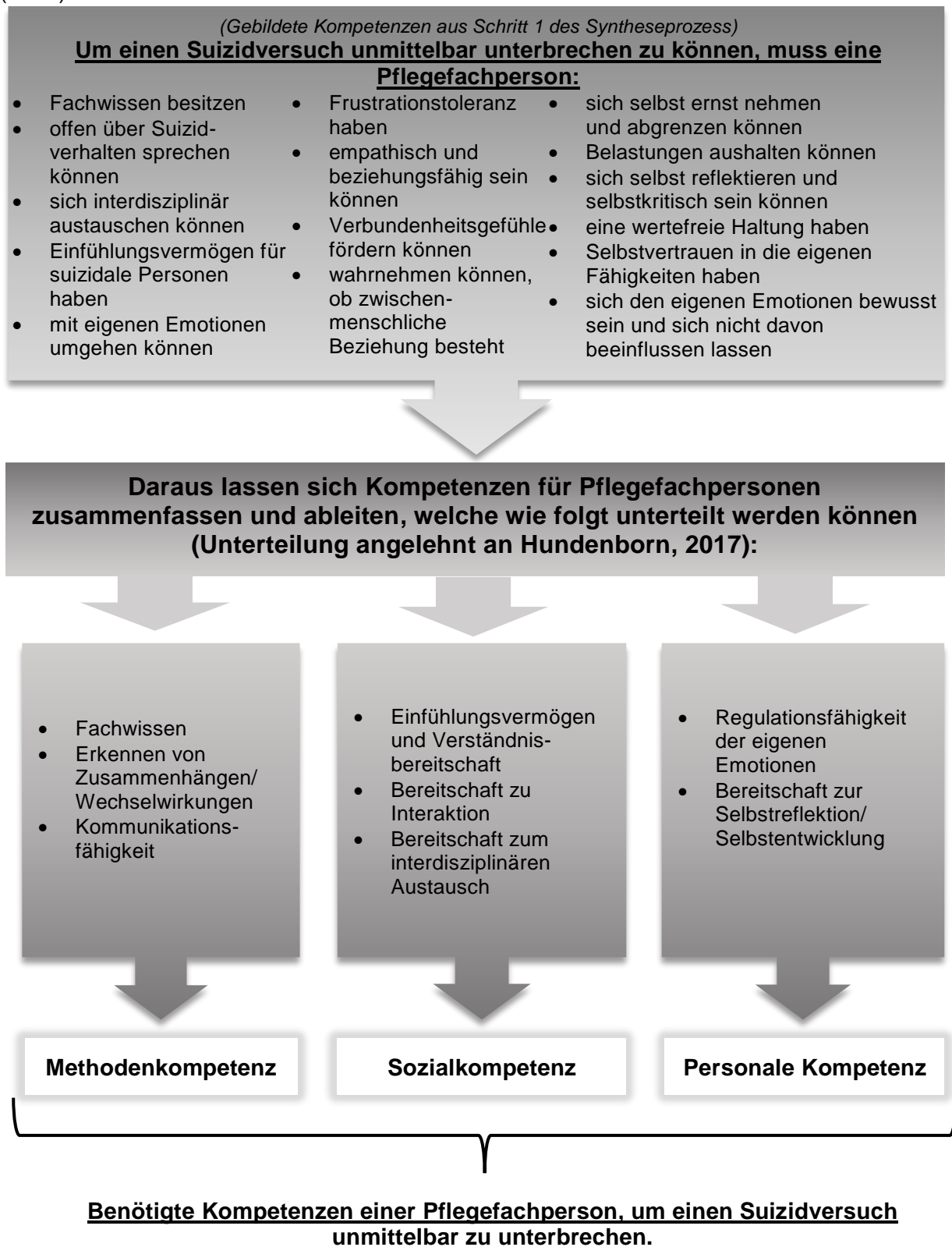
Abbildung 9: Syntheseprozess (Schritt 1 von 2) - Inhalte der Ergebniskategorien zu Kompetenzen.



Weiterer Syntheseprozess in Abbildung 10

Um eine bessere Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Pflegepraxis zu ermöglichen, findet in einem weiteren Schritt eine Zuordnung der Kompetenzen zu beruflichen Handlungskompetenzen von Pflegefachpersonen nach Hundenborn (2017) statt. Dieser zweite Prozessschritt ist folgend in Abbildung 9 grafisch dargestellt.

Abbildung 10: Syntheseprozess (Schritt 2 von 2) - Darstellung der erforderlichen Kompetenzen und Unterteilung in berufliche Kompetenzen angelehnt an Hundenborn (2017)



5.3. Fach- und Methodenkompetenzen

Nachfolgend werden Fach- und Methodenkompetenzen mit bestehender Fachliteratur verglichen und anhand der Tabelle des jeweiligen Unterkapitels mit dem EBN in Verbindung gebracht.

5.3.1. Fachwissen

Eine umfassende Ausbildung des Fachwissens ist unerlässlich für die Handlungsfähigkeit von Pflegefachpersonen, um eine suizidale Krise handhaben zu können (Chan et al., 2017; Ghio et al., 2011; Hagen et al., 2017; Kirkpatrick et al., 2017; Kraft et al., 2010; Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., Scheckel & Nelson, 2014; 2014 Vatne & Nåden, 2012; Vatne & Nåden, 2018 Vedana et al., 2017).

Fachwissen und fachliches Verständnis über Suizid-verhalten wird als essenzielle Kernkompetenz von psychiatrischen Pflegefachpersonen angesehen, um suizidale Krisen handhaben zu können (APNA, 2015; Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012; Ellis & Goldston, 2012; Ellis & Patel, 2012; Giaccherio et al., 2017; Gipson & King, 2012; Kishi et al., 2014; Rudd 2006). Horn (2011) nennt in einem Leitfaden zur Verhandlung mit suizidalen Personen, dass ein Grundverständnis über Hintergründe und das psychische Erleben von suizidalen Personen vorhanden sein muss, um zielführende Verhandlungen führen zu können.

Die Bildung und Aktualisierung des Fachwissens scheint grundlegend für die Entwicklung einer professionellen Haltung sowie dem Rollenselbstverständnis der Pflegefachperson. Tabelle 13 stellt die EBN- Komponenten und deren Einfluss auf die Kompetenz der Pflegefachperson innerhalb der suizidalen Krise dar.

Tabelle 13

Einfluss des EBN auf das Fachwissen einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlendes Fachwissen über Abläufe und Hintergründe von Suizid-verhalten führen zu Hilflosigkeitsgefühlen → erhöht Risiko- und Fehlverhalten der Pflegefachperson. • bietet Möglichkeit dazu adäquate Lösungsstrategien abrufen zu können (auch in Notsituationen). • bietet vertieftes Verständnis für Suizid-verhalten → erhöht empathische Fähigkeiten
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung Umgebungskontext	<ul style="list-style-type: none"> • ergänzt das Fachwissen → angepasste, individuelle Umsetzungsmöglichkeiten • durch gegebene Rahmenbedingungen von beispielsweise der Institution und Austausch mit anderen Mitarbeitenden, Fachforen, Symposien etc. → stellt aktuelles Fachwissen sicher

5.3.2. Erkennen von Zusammenhängen und Wechselwirkungen

Zusammenhänge und Wechselwirkungen sind ausschlaggebend dafür, ob eine suizidale Person innerhalb ihres wechselhaften Stadiums zwischen Lebenswillen und Todeswunsch einen Suizidversuch abbricht (Chan et al., 2017; Ghio et al., 2011; Montross Thomas et al., 2014; Vatne und Nåden, 2012).

Suizidgedanken und Suizidabsichten können in kurzen Zeitabständen fluktuieren (Kleiman et al., 2017). Diese Ambivalenz kann dazu genutzt werden, durch Aufrechterhaltung eines Gesprächs, ein Zeitfenster für weitere Verhandlungs- und Motivationsversuche zu schaffen, um die im Moment als einzige Lösung angesehene Suizidabsicht abzuwenden (Wolfersdorf, 2008).

Es sind Zusammenhänge von möglichen Wendepunkten zu erkennen, welche erheblichen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen einen Suizid haben können. Entgegengebrachte Bemühungen der Pflegefachpersonen Hoffnungsträger zu finden, stärken bereits das Verbundenheitsgefühl und reduzieren das erlebte Leiden (Chan et al., 2017; Kirkpatrick et al., 2017; Vatne & Nåden, 2018).

Innerhalb der Krisensituation ist es möglich, durch ausführliche Befragung der Hintergrundmotivation für den Suizidversuch, hilfreiche Aspekte zu erfahren, welche zu Hoffnungsträgern in der Verhandlung mit der suizidalen Person umgewandelt werden können (Horn, 2011; Lewitzka, 2012; Schädle-Deininger & Wegmüller, 2017). Tabelle 14 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf die Kompetenz der Pflegefachperson innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 14

Einfluss des EBN auf das Erkennen von Zusammenhängen und Wechselwirkungen einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> durch Hintergrundwissen über mögliche Wendepunkte → gesteigerte Wahrnehmung für Wendepunkte liefert Informationen über Ambivalenz-Stadien → ermöglicht besseren Umgang mit Widerstand
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen aus anderen Verhandlungssituationen → steigert Fähigkeiten um Hoffnung generieren und motivieren zu können und erhöht die Frustrationstoleranz der Pflegefachperson
Ziele und Präferenzen der pflegebedürftigen Person	<ul style="list-style-type: none"> direkte Informationssammlung → ermöglicht eine personenzentrierte Betreuungssituation bietet Chance Hoffnungsträger zu finden.

5.3.3. Kommunikationsfähigkeit

Kommunikationsfähigkeiten von Pflegefachpersonen sind essenziell in akuten suizidalen Krisen, weil Betroffene unter existenziellen Einsamkeitsgefühlen leiden, sich kurz vor oder während eines Suizidversuchs nicht mehr mit ihrer Umwelt verbunden fühlen, ganzheitlich wahrgenommen werden wollen und ein starkes Bedürfnis danach haben vom Gegenüber gehört zu werden (Chan et. al, 2017; Ghio et al., 2011; Kirkpatrick et al., 2017; Kraft et al., 2010; Montross Thomas et al., 2014; Vatne & Nåden ,2012; Vatne & Nåden, 2018;).

Schädle-Deininger und Wegmüller (2017) beschreiben Kommunikationsfähigkeit als Schlüsselqualifikation der beruflichen Handlungskompetenz von Pflegefachpersonen. Horn (2011) fügt hinzu, dass zusätzlich zu den allgemeinen

Kommunikationsfähigkeiten spezifische Gesprächstechniken notwendig sind, um adäquate Verhandlungen mit suizidalen Personen führen zu können.

Durch erbrachte Zuwendung wird der suizidalen Person vermittelt, ein Teil einer wertgeschätzten Gemeinschaft zu sein, was gemäss der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner, 2005; van Orden et. al, 2010) in einer suizidalen Krise nicht mehr wahrgenommen wird und als proximale Ursache für akutes Suizidverhalten gilt. Anhand der Kommunikationsfähigkeiten soll eine persönliche Beziehung aufgebaut werden. Die Kommunikation soll offen und transparent sein, den Blickwinkel erweitern können, die Ambivalenz verstärken und somit Ausblick auf Hoffnung geben. Gemäss Hausmann (2016) zählt die Kommunikation nicht nur darauf ab, die betroffene Person am Suizid zu hindern, sondern bereits innerhalb des ersten Kontaktes, gemeinsame Gründe zu finden, welchen den Lebenswillen stärken.

Kommunikationsfähigkeiten beeinflussen aus Sicht der Suizidologie auch die Fachsprache. Beispielsweise beeinträchtigen schlechte Kommunikationsfähigkeiten das einheitliche Verständnis unterhalb der Fachpersonen stark (Crosby et al., 2011; Cwik & Teismann, 2017; Forkmann et al., 2016; Schädle-Deininger & Wegmüller, 2017; Silverman 2006; Wolfersdorf 2008). Tabelle 15 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf die Kommunikationsfähigkeiten der Pflegefachperson innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 15

Einfluss des EBN auf die Kommunikationsfähigkeiten einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • liefert der Fachperson hilfreiche Gesprächstechniken, um in der suizidalen Krise adäquat reagieren und handeln zu können.
Ziele und Präferenzen der pflegebedürftigen Person	<ul style="list-style-type: none"> • durch aktives Zuhören fühlt sich suizidale Person entlastet und angenommen.

5.4. Sozialkompetenzen

Nachfolgend werden die Sozialkompetenzen mit bestehender Fachliteratur verglichen und anhand der Tabelle des jeweiligen Unterkapitels mit dem EBN in Verbindung gebracht.

5.4.1. Einfühlungsvermögen und Verständnisbereitschaft

Einfühlungsvermögen und Verständnisbereitschaft wird als essenzielle Kompetenz angesehen, um in Krisensituationen handlungsfähig zu sein (Ghio et al., 2011; Hagen et al., 2017; Kirkpatrick et al., 2017; Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., 2014; Vatne & Nåden, 2012; Vatne & Nåden, 2018; Vedana et al., 2017;).

Empathisches Verhalten und Handeln gilt als Grundvoraussetzung für adäquate Betreuungssituationen (Behrens & Langer, 2016; Giaccherio et al., 2017; Lewitzka, 2012; Sauter & Ahrens, 2011; Schädle-Deininger & Wegmüller, 2017; Valach, Young & Michel, 2011) und zählt gemäss American Psychiatric Nurses Association (APNA, 2015) zu Schlüsselqualifikationen von Pflegefachpersonen, um suizidale Krisen handhaben zu können.

Schirmer (2018) betont, dass Empathie von Mitleid, Wohlwollen oder Trost unterschieden werden muss, da dies eigenständige Qualitäten sind, die zwar mit Empathie einhergehen aber nicht gleichgesetzt sind. Die Ergebnisse der Hauptstudien sprechen jedoch einheitlich von empathischen Handlungen und Einfühlungsvermögen von Pflegefachpersonen, wobei unklar bleibt, welche Art von emotionalem Verhalten tatsächlich als unterstützend wahrgenommen wird. Tabelle 16 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf Einfühlungsvermögen und Verständnisbereitschaft von Pflegefachpersonen innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 16

Einfluss des EBN auf Einfühlungsvermögen und Verständnisbereitschaft von Pflegefachpersonen.

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • verstärkt Fähigkeiten, sich in die Gefühlslage der suizidalen Person zu versetzen. • Pflegefachperson stellt sich darauf ein, Verständnisbereitschaft zu signalisieren. • steigert Achtsamkeit der Pflegefachperson
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • bietet die Möglichkeit schneller empathisch sein zu können → bietet Sicherheit in unbekannten Situationen

5.4.2. Bereitschaft zur Interaktion

Pflegefachpersonen erreichen suizidale Personen auf der interaktionellen Ebene und können dadurch das Suizid-verhalten beeinflussen (Kirkpatrick et al., 2017; Lees et al., 2014; Vatne & Nåden, 2012; Vatne & Nåden, 2018). Bereitschaft zur Interaktion bedeutet, dem Gegenüber zwischenmenschliche Beziehungsangebote zu machen und Kontakt herzustellen.

Beziehungsaufnahme und das offene Gespräch über Suizidabsichten wirken emotional entlastend für betroffene Personen. Die Pflegefachperson muss Interesse entgegenbringen und aktiv zuhören können, wodurch Bereitschaft zur Interaktion signalisiert wird (Stein, 2009). Teismann und Dormann (2014) beschreiben, dass in der suizidalen Krise bereits zu Beginn des Kontaktes die Herstellung einer Beziehung erfolgen soll. Horn (2011) nennt in seinem Leitfaden "Kontakt herstellen" ebenfalls als erste von vier Phasen in der Verhandlung mit suizidalen Personen.

Gemäss der interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner, 2005; van Orden et al., 2010) bewirkt die Bereitschaft zur Interaktion der Pflegefachperson eine Reduktion der erlebten Isolation und stärkt das Verbundenheitsgefühl.

Initiale Ängste vor Interaktionen mit suizidalen Personen verringern Fähigkeiten von Pflegefachpersonen für eine adäquate Betreuung (Scheckel & Nelson, 2014).

Gemäss Lees et al. (2014) können initiale Ängste vor der Interaktion mit suizidalen Personen durch klinische Supervisionen reduziert werden. Tabelle 17 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf die Bereitschaft zur Interaktion innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 17

Einfluss des EBN auf Bereitschaft zur Interaktion einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • bestärkt Pflegefachperson → Pflegefachperson ist motiviert dazu, eine Beziehung aufzubauen. • unterstreicht die Wichtigkeit von Interaktion → könnte auch angsteinflössend wirken.
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • könnte Mut stiftend oder angsteinflössend wirken → abhängig von gemachten Erfahrungen
Ziele und Präferenzen der pflegebedürftigen Person	<ul style="list-style-type: none"> • wenn betroffene Person Interaktion ablehnt → problematisch, löst Machtlosigkeit/ Hilflosigkeit bei Pflegefachperson aus.

5.4.3. Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch

Die Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch ist nötig, da Pflegefachpersonen klinische Supervisionen, Informationen und Gelegenheiten des fachlichen Austauschs brauchen, um handlungsfähig in suizidalen Krisen zu sein und eine professionelle Haltung zu Suizid-verhalten entwickeln und erhalten zu können (Hagen et al., 2017; Lees et al., 2014).

Schädle-Deininger und Wegmüller (2017) stützen dieses Ergebnis indem sie betonen, dass Pflegefachpersonen durch Austausch mit Mitarbeitenden gleicher oder anderer Berufsgruppen, Bewältigungsmechanismen für besonders belastenden Situationen aktivieren und dadurch andere Blickwinkel einnehmen können.

Auch wenn die Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch auf den ersten Blick nicht notwendig innerhalb einer suizidalen Krise erscheint, ist die Selbstpflege von Pflegefachpersonen jedoch ein zentraler Punkt, um engagiert und professionell mit suizidalen Personen umgehen zu können. Eink und Haltenhof (2012) beschreiben, dass eine Aufteilung des Verantwortungsdrucks von Pflegefachpersonen unterhalb des Behandlungsteams emotional entlastend wirkt und wechselseitige Beratungsmöglichkeiten die Kompetenzen der Pflegefachperson weiter steigern. Tabelle 18 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf die Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch der Pflegefachperson innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 18

Einfluss des EBN auf die Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorwissen aus Erfahrungssituationen kann nun angewandt werden • Fähigkeiten, welche in Reflektionen bemängelt wurden, können nun verbessert angewandt werden
Umgebungskontext	<ul style="list-style-type: none"> • Institution, Team oder andere Austauschforen und Gremien beeinflussen die Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch • schafft emotionale Entlastung der Pflegefachperson → fördert Selbstpflege

Der Umgebungskontext trägt hier massgeblich dazu bei, ob ein interdisziplinärer Austausch stattfinden kann und wie Pflegefachpersonen Zugriff auf Wissen der Umgebung haben. Die Team- und Führungskultur, deren kollektive Haltung sowie institutionelle Ressourcen sind ausschlaggebend für das Wissen aus dem Umgebungskontext, da die Faktoren das Wissen bieten oder einschränken können. Diese Kompetenz lässt sich nur unscharf von der Bereitschaft zur Selbstreflektion/ Selbstentwicklung abgrenzen.

5.5. Persönliche Kompetenzen

Nachfolgend werden die persönlichen Kompetenzen mit bestehender Fachliteratur verglichen und anhand der Tabelle des jeweiligen Unterkapitels mit dem EBN in Verbindung gebracht.

5.5.1. Regulationsfähigkeit der eigenen Emotionen

Pflegefachpersonen erleben in suizidalen Krisensituationen negative Emotionen wie Wut, Angst, Ärger, Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Frustration und Selbstzweifel, aber dürfen diese in der Krisensituation nach aussen nicht sichtbar machen. Dies führt zu einem erlebten Ungleichgewicht zwischen empfundenen Gefühlen und erwartetem professionellem Auftreten (Hagen et al., 2017; Lees et al., 2014; Vedana et al., 2017). Dieses Spannungsfeld auszuhalten erfordert eine gute Selbstreflektion sowie eine ausgeprägte Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen Emotionen. Pflegefachpersonen müssen sich des Übertragungsgegenübertragungseffekts bewusst sein und die eigenen Gefühle von den Gefühlen der betroffenen Person in der suizidalen Krise abgrenzen können, um professionell handeln zu können (Hagen et al., 2017; Vedana et al., 2017).

Sauter und Ahrens (2011) beschreiben, dass die eigene Persönlichkeit als Arbeitsinstrument in der psychiatrischen Pflege genutzt wird. Dieser Dynamik sollte bei Übertragungen und Projektionen von Emotionen der betroffenen Person auf die Pflegefachperson besondere Beachtung gelten. In Bezug auf die suizidale Krise könnten beispielsweise Wutgefühle der suizidalen Person auf die Pflegefachperson übertragen werden. Ist sich die Pflegefachperson der Übertragung der Emotionen nicht bewusst, besteht die Möglichkeit einer Gegenübertragung. Dies würde bedeuten, dass die Pflegefachperson unbewusst auf die übertragenen Emotionen reagiert und stellvertretend für die betroffene Person agiert. Stein (2009) betont, dass Fachpersonen sich über ihre eigene Haltung und möglichen emotionalen Reaktionen, welche durch Suizidverhalten verursacht werden, bewusst sein müssen. Zusätzlich schädigende Auswirkungen können nur vermieden werden,

wenn die Pflegefachperson mit komplexen Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgängen in der Betreuung suizidaler Krisen umgehen kann. Pflegefachpersonen, die sich emotional nicht ausreichend von der suizidalen Krise abgrenzen können oder sich durch das Suizid-verhalten persönlich angegriffen und provoziert fühlen, beeinflussen negativ den weiteren Verlauf der Krisensituation (Stein, 2009). Tabelle 19 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf die Kompetenz der Pflegefachperson innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 19

Einfluss des EBN auf die Regulationsfähigkeit der eigenen Emotionen einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandenes Fachwissen über komplexe Emotionsübertragungen steigert die Wahrnehmung für dieses Phänomen und kann davor schützen. • steigert eigene Achtsamkeit • Pflegefachperson kennt mögliche Gefühle, die sie innerhalb der suizidalen Krisen verspüren könnte, → erleichterter Umgang und weniger Irritationen → senkt Risiko für Fehverhalten und bietet besser Abgrenzungsmöglichkeiten.
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • kann genutzt werden, um eigene Emotionen besser regulieren zu können.

5.5.2. Bereitschaft zur Selbstreflektion/ Selbstentwicklung

Die Haltung von Pflegefachpersonen ist entscheidend für eine adäquate Handhabung von suizidalen Krisen, welche eng mit der Fähigkeit zur kritischen Selbstreflektion in Verbindung steht (Chan et al., 2017; Ghio et al., 2011; Hagen et al., 2017; Kirkpatrick et al., 2017; Kraft et al., 2010; Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., 2014; Scheckel & Nelson, 2014; Vatne & Nåden, 2012; Vatne & Nåden, 2018; Vedana et al., 2017).

Gemäss Illes et al. (2014) sind eigene Überlegungen zu Suizid-verhalten die Grundlage für die persönliche Haltung. Man kann sich beispielsweise die Frage stellen, welche persönliche Gründe oder Ereignisse zu eigenem Suizid-verhalten

führen könnte und welche Aspekte hilfreich wären, um Wege aus einer suizidalen Krise zu finden. Illes et al. (2014) und Eink und Haltenhof (2012) empfehlen, sich über persönliche Stärken und Schwächen für den Umgang mit suizidalen Personen bewusst zu sein und diese zu reflektieren. Es scheint hilfreich, sich mit den Einstellungen von anderen Mitarbeitenden und Vorgesetzten auseinanderzusetzen, da hierdurch ebenfalls die eigene Arbeitsweise beeinflusst werden kann (Illes et al., 2014). Tabelle 20 stellt die EBN- Komponenten dar und deren Einfluss auf die Kompetenz der Pflegefachperson innerhalb der suizidalen Krise.

Tabelle 20

Einfluss des EBN auf die Bereitschaft zur Selbstreflektion und Selbstentwicklung einer Pflegefachperson

Komponenten des EBN	Wirkungsgrad auf die pflegerische Kompetenz in der suizidalen Krisensituation
Wissen aus Gesundheits- und Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • fördert Entwicklung einer Haltung. • neue Forschungsergebnisse können tiefere Einblicke und Verständnis liefern.
Wissen aus eigener Lebens- und Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstreflektionen werden durch private und berufliche Erfahrungen beeinflusst, wodurch Veränderungen der persönlichen Einstellungen auftreten können. • Pflegefachperson ist sich aus Erfahrungen über eigene Haltung bewusst und fühlt sich befähigt dazu, kompetent und in Einklang mit eigenen ethischen Grundhaltungen zu betreuen.
Umgebungskontext	<ul style="list-style-type: none"> • von Arbeitgeber kann eine bestimmte Haltung zu Suizid-verhalten vorausgesetzt sein. Beispiel: indem die Meinung vertreten wird, dass es sich bei Suizid-verhalten um ein gewisses "Berufsrisiko" in der Arbeit mit psychisch erschütterten Personen handle. → Solche Sichtweisen sind mit bestimmten Erwartungen an die Pflegefachperson verknüpft und beeinflussen die Bereitschaft zur Selbstreflektion sowie das Verhalten in der suizidalen Krise

6. Schlussfolgerungen

Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit, die Anwendungsmöglichkeiten der Ergebnisse, Implikationen und die Limitationen beschrieben.

6.1. Zentrale Erkenntnisse

Die Selbstreflektion und Entwicklung einer persönlichen und professionellen Haltung über Suizid-verhalten sind ausschlaggebend für die Ausprägung, Förderung und Erhaltung aller anderen Kompetenzen, da diese durch die eigene Haltung gesteuert werden. Fehlende professionelle Haltungen und ausbleibende Selbstreflektionen von Pflegefachpersonen führen zu unflexiblen und stigmatisierenden Verhaltensweisen und widersprechen der Denk- und Arbeitsweise des EBN.

Durch die erhaltenen Ergebnisse konnte die Fragestellung ausreichend beantwortet werden, da sich erforderliche Kompetenzen von Pflegefachpersonen für unmittelbare Unterbrechungen eines Suizidversuchs ergeben haben und diese grösstenteils identisch in bestehender Fachliteratur verortet sind. Anhand der Ergebnisse konnten praxisnahe Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis unter Kapitel 6.3. abgegeben und somit das Ziel der Arbeit zufriedenstellend erreicht werden.

Für den Verfasser und dessen Pflegepraxis stellte sich erwartungsgemäss heraus, dass die persönliche Haltung der wichtigste Aspekt bezüglich des Umgangs mit suizidalen Personen darstellt. Die Ergebnisse der Hauptstudien bieten differenzierte Einblicke über Suizid-verhalten und liefern hilfreiche Hinweise bestmöglicher Optionen für die Handhabung suizidaler Krisen und können dadurch den Handlungsspielraum der Pflegepraxis beachtlich erweitern.

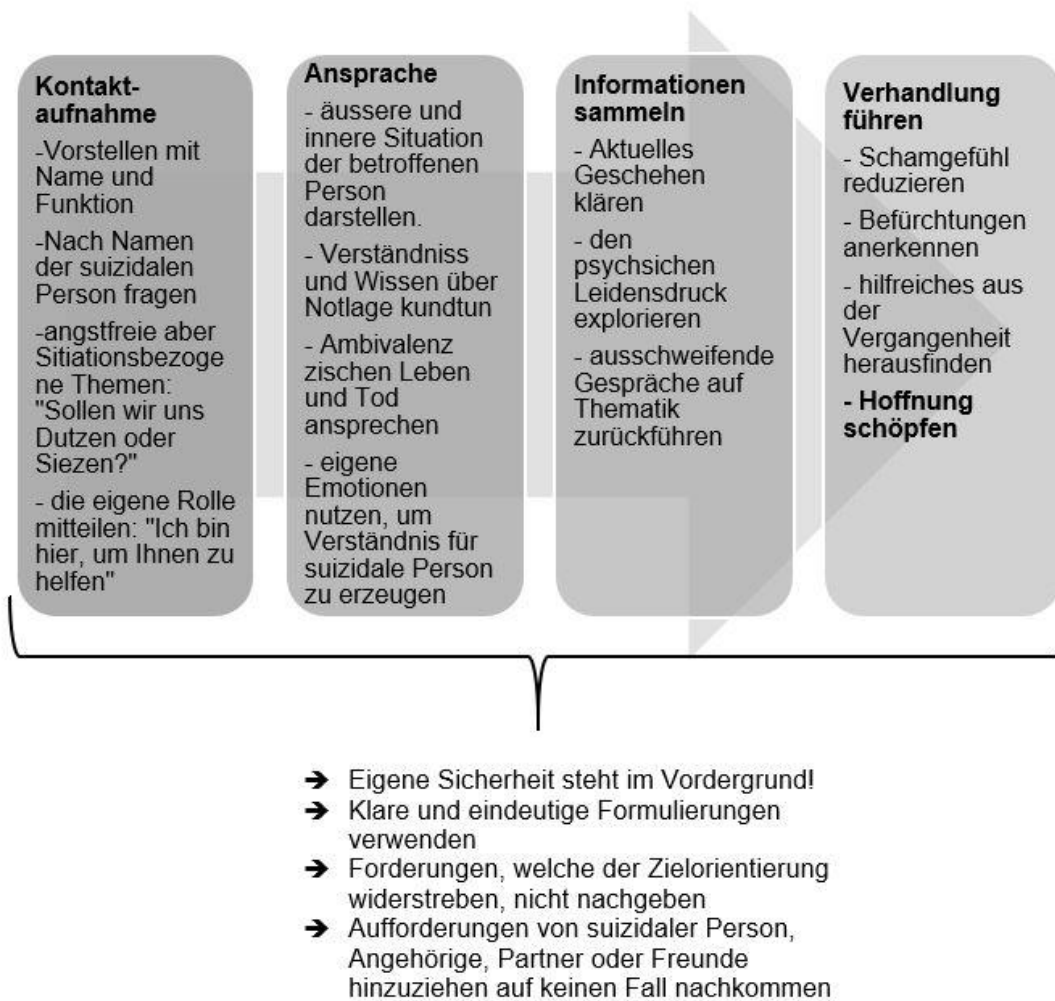
In der Ausbildung von Pflegefachpersonen, sollte Suizid-verhalten ausführlicher und praktikabler unterrichtet werden, damit Pflegestudierende neutral und selbstsicher mit suizidalen Personen arbeiten können.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass Vorgesetzte und Arbeitgeber in der Pflicht sind, ihre Mitarbeitenden ausreichend zu schulen, unterstützen und zu schützen. Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit besonders belastenden Ereignissen ausgesetzt sind, verdienen mindestens genauso viel besondere Beachtung, Anerkennung und Förderung.

6.2. Empfehlungen für die Pflegepraxis


Die Ergebnisse oder Teile dieser Arbeit können in verschiedenen Formen für die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen genutzt werden. Beispielsweise lassen sich übersichtliche Handlungsleitfäden für die Kontaktaufnahme mit suizidalen Personen erstellen. Des Weiteren können Selbsteinschätzungsinstrumente angewendet werden, welche Vorgesetzten oder interdisziplinären Behandlungsteams die Möglichkeit zur Vorbereitung auf suizidale Krisensituationen bietet. Dadurch würde eine gemeinsame professionelle Haltung gefördert, zur Selbstreflektion angeregt, vorhandene Unsicherheiten reduziert und vor allem die Versorgungsqualität von suizidalen Personen verbessert werden. Abbildung 11 stellt angelehnt an Horn (2011) exemplarischen einen Handlungsleitfaden mit suizidalen Personen dar. Abbildung 12 stellt angelehnt an Lewitzka (2012) mögliche Handlungsanweisung für den Umgang mit hoch akut suizidalen Personen dar. Abbildung 13 stellt angelehnt an Illes et al. (2015) ein exemplarisches Selbsteinschätzungsinstrument zur Förderung einer gemeinsamen professionellen Haltung im Behandlungsteam dar.

Abbildung 11. Verhandlungsleitfaden



Anmerkung. Eigene Darstellung angelehnt an Horn (2011)

Abbildung 12. Handlungsanweisungen für suizidale Krise

- 
- Ruhig verhalten
 - Nicht drängend verhalten
 - Alle Handlungen ankündigen und transparent sein
 - Eigene Sicherheit bedenken
 - Suizidwunsch akzeptieren
 - Blickkontakt herstellen und aufrecht erhalten
 - Vertrauensbasis aufbauen
 - Einführendes Verstehen
 - Bei negativen Reaktionen: Positive Umdeutungen einsetzen
 - Besorgnis ausdrücken; Bitten klar formulieren
 - Einengung erweitern: "Was brauchen Sie um am Leben bleiben zu können?"
 - Ambivalenz ansprechen und aushalten
 - Einladen, sich mehr Zeit zu nehmen, den Suizidwunsch zu überdenken
 - Bezugspersonen indirekt miteinbeziehen
 - Gespräch zukunftsbezogen führen, jedoch auf "hier und jetzt" verweisen
 - Hilfsangebote machen
 - Perspektiven aufzeigen, Hoffnung schöpfen
 - Scham reduzieren
 - Auf weitere Hilfsangebote hinweisen, Nachkontakte klären

Anmerkung. In eigener Darstellung nach Lewitzka (2012)

Selbstreflektion der Einstellung zu Suizid-verhalten

In der Arbeit mit suizidalen Personen ist es hilfreich, sich der eigenen Haltung und der Haltung der Mitarbeitenden zu Suizid-verhalten bewusst zu sein. Dadurch können Reaktionen von Kollegen besser eingeordnet werden es lassen sich adäquate Unterstützungsangebote formulieren.

1. *Welche Einstellung habe ich zu Suizid-verhalten?*
2. *Welche Erfahrungen habe ich bereits damit gemacht?*
3. *Welches sind meine Stärken und meine Schwächen im Umgang mit Suizid-verhalten?*
4. *Welche Gründe bringen aus meiner Sicht Personen zu suizidalen Absichten?*
5. *Welche Gründe könnten aus meiner Sicht jemanden von einem Suizid abhalten?*
6. *Was wird von mir im Umgang mit Suizid-verhalten erwartet?*
7. *Welche Einstellung zu Suizid-verhalten sind in meinem Team üblich?*
8. *Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es in meinem Team?*
9. *Welche Reaktionen sind im Team nicht toleriert?*
10. *Welche Unterstützung wünsche ich mir von meinen Kolleginnen und Kollegen bzw. wie sollen sich meine Kolleginnen und Kollegen auf keinen Fall verhalten?*

Anmerkung. in eigener Darstellung nach nach Illes et al. (2015)

6.3. Empfehlungen für die Forschung

Es bedarf weiterer Forschung über die Zusammenhänge zwischen der Komplexität des Phänomens, dem Verständnis über Suizid-verhalten und den Betreuungsmöglichkeiten durch Fachpersonen. Eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden wäre möglicherweise der ertragreichste Ansatz.

6.4. Limitationen

Aufgrund des begrenzten Umfangs und der verwendeten Methode "systematisierte Literaturrecherche" konnte nur ein Teil der relevanten Literatur eingeschlossen und bearbeitet werden.

Die ausschliessliche Verwendung qualitativer Studiendesigns kann als vermeintliche Schwäche dieser Arbeit bezeichnet werden. Jedoch zeigt ein kritischer Blick auf die Hauptströmungen der Suizidforschung, dass bislang wenig qualitative Methoden, hingegen fast ausschliesslich quantitative Methoden angewendet wurden, um die Ursprünge und Erklärungen zu Suizid-verhalten zu untersuchen (Hjelmeland & Knizek, 2010).

Die Verknüpfung der Ergebnisse zum Evidence- based Nursing sind eine Stärke der vorliegenden Arbeit, da dieser Art der klinischen Entscheidungsfindung Pflegefachpersonen zu adäquaten Sofortmassnahmen in akuten und komplexen Betreuungssituationen befähigt.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse auf das schweizerische Gesundheitssystem übertragen, da die Ergebnisse nur geringfügig von der Umgebung abhängig sind und die Literatur bereits im Selektionsprozess auf ihre Übertragbarkeit geprüft wurde. Die Ergebnisse sind weitgehend konvergent und validieren sich gegenseitig. Zudem sind die Ergebnisse in Übereinstimmung mit den wesentlichen Kompetenzen von psychiatrischen Pflegefachpersonen für die Beurteilung und Handhabung von suizidalen Personen (APNA, 2015) und den beruflichen Handlungskompetenzen von Pflegefachpersonen (Hundenborn, 2017).

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Nurses Association. (2015). *Psychiatric-mental health nurse essential competencies for assessment and management of individuals at risk for suicide*.

BAG (2012). *Suizidarten*. Heruntergeladen von
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit/suizide-und-suizidversuche/suizidarten.html>

Behrens, J., & Langer, G. (2016a). *Evidence based nursing and caring*. Verlag Hans Huber.

Behrens, J., & Langer, G. (2016b). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der «Wissenschaft»* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). In *Programmbereich Pflege* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Hogrefe.

Benner, P. E. (2017). *Stufen zur Pflegekompetenz = From novice to expert = From novice to expert* (3., unveränderte Auflage; M. Wengenroth, Übers.). Bern: Hogrefe.

Bielinski, D., Hoff, P., Kurmann, J., & Rota, F. (2017, Dezember 7). *Die SGPP-Behandlungsempfehlungen für den Umgang mit chronisch suizidalen Patienten – Version März 2018* (S. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Hrsg.). Heruntergeladen von
https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/index.php?eID=tx_securedownloads&u=0&g=0&t=1554751708&hash=821dd249b389dcd92b3477a42b968d318ef210c0&file=/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/SGPP-Behandlungsempfehlungen-fuer-den-Umgang-mit-suizidalen-Patienten_Maerz_2018_-_def.pdf

- Campbell, C., & Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 26(02), 44–49. <https://doi.org/10.1192/pb.26.2.44>
- Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1161–1168. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>
- Castelli Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann Didisheim, N., & Séguin, M. (2014). Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies*, 38(5), 315–321. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766651>
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, Georgia.
- Cwik, J. C., & Teismann, T. (2017). Misclassification of Self-Directed Violence: Self-Directed Violence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 677–686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2036>
- Deisenhammer, E. A., Ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). The Duration of the Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and Accomplishment of a Suicide Attempt? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 19–24. <https://doi.org/10.4088/JCP.07m03904>
- Draper, B., Kölves, K., De Leo, D., & Snowden, J. (2014). The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 721–725. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.011>
- Duden | Kompetenz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme. (n.d.). heruntergeladen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kompetenz> am 18. Februar 2019

- Duden | unmittelbar | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme. (n.d.).
heruntergeladen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/unmittelbar> am
Abgerufen 18. Februar 2019,
- Eink, M., & Haltenhof, H. (2012). *Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (4. Aufl). In
Basiswissen: Bd. 8 (4. Aufl). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Ellis, T. E., & Goldston, D. B. (2012). Working With Suicidal Clients: Not Business as
Usual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 205–208.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.08.004>
- Ertl-Schmuck, R., Unger, A., Mibs, M., & Lang, C. (2014). *Wissenschaftliches Arbeiten in
Gesundheit und Pflege* (Bd. 4108). UTB.
- Forkmann, T., Teismann, T., & Glaesmer, H. (2016). *Diagnostik von Suizidalität*.
<https://doi.org/10.1026/02639-000>
- Giaccherio Vedana, K. G., Magrini, D. F., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., Borges, T. L., &
dos Santos, M. A. (2017). Attitudes towards suicidal behaviour and associated
factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and
Mental Health Nursing*, 24(9–10), 651–659. <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>
- Gipson, P., & King, C. (2012). Health Behavior Theories and Research: Implications for
Suicidal Individuals' Treatment Linkage and Adherence. *Cognitive and Behavioral
Practice*, 19(2), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.11.005>
- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental health nurses' experiences of
caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor. *Archives of
psychiatric nursing*, 31(1), 31–37.
- Hausmann, C. (2016). *Interventionen der Notfallpsychologie: was man tun kann, wenn
das Schlimmste passiert*. Wien: facultas.

- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74–80.
<https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Horn, P. (2011). Person droht zu springen: Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten. *Notfall + Rettungsmedizin*, 14(6), 491–496.
<https://doi.org/10.1007/s10049-011-1448-6>
- Hundenborn, G. (2017). Kompetent pflegen. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, & L. Ullrich (Hrsg.), *Thiemes Pflege* (13. aktualisierte und erweiterte Auflage).
<https://doi.org/10.1055/b-004-140670>
- Illes, F., Jendreschak, J., Armgart, C., & Juckel, G. (2014). *Suizide im beruflichen Kontext: Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Klett-Cotta.
- Imhof, L., Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A., & Kerker-Specker, C. (2010). Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020. *Ein Grundlagenbericht*.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*.
<https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Kishi, Y., Otsuka, K., Akiyama, K., Yamada, T., Sakamoto, Y., Yanagisawa, Y., Thurber, S. (2014). Effects of a Training Workshop on Suicide Prevention Among Emergency Room Nurses. *Crisis*, 35(5), 357–361. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000268>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726–738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>

Kozel, B. (2015). *Professionelle Pflege bei Suizidalität* (1. Aufl). In *Better care: Bd. 2* (1. Aufl). Köln: Psychiatrie-Verl.

Lewitzka, U. (2012). Hochakut suizidgefährdete Patienten. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13(02), 8–14. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304970>

MeSH Database [Training Material and Manuals]. (n.d.). heruntergeladen von https://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmedtutorial/020_490.html am 10. Januar 2019

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197(03), 234–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Schober, M., & Affara, F. (2009). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. John Wiley & Sons.

Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). *Suicide and the Media: A Critical Review*: <https://doi.org/10.1037/e677342010-001>

Rudd, M. D. (2006). *The Role of Core Competencies in Suicide Risk Assessment and Management*: <https://doi.org/10.1037/e522662012-003>

Sauter, D., & Ahrens, R. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl). In (3., vollst. überarb. und erw. Aufl). Bern: Huber.

- Schädle-Deininger, H., & Wegmüller, D. (2017). *Psychiatrische Pflege: Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Schäfer, M. (2016). Kommunikation über Suizide. *Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*, 1-11.
- Scheckel, M. M., & Nelson, K. A. (2014). An interpretive study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons. *Journal of Professional Nursing*, 30(5), 426–435.
- Scherr, S. (2016). Begriffsdefinitionen und Modellvorstellungen von Suizidalität und Depression. In S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid* (S. 43–97). https://doi.org/10.1007/978-3-658-11162-5_2
- Schinkel, E. (n.d.). Eine Sekunde, Genau eine Sekunde bevor er auf der Erde aufschlug... heruntergeladen von <https://www.apophismen.de/gedicht/47442> am 11. Oktober 2018.
- Schirmer, U. B. (2018). *Einfühlsam Gespräche führen: empathische Kommunikation in Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufen* (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Gregorowius, Daniel; Huber, Hildegard (2018). Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt: Schlussbericht. Bericht der Stiftung Dialog Ethik zum Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern und Zürich, der 21. Juni 2018.
- Silverman, M. M. (2006). The Language of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519–532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>

Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19(1), 45–51.
<https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.1.45>

Statistik, Bundesamt. für. (2014). MONET – Suizidrate. Heruntergeladen von
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet/alle-nach-themen/lebensbedingungen/suizidrate.html> am 22. März 2019

Stein, C. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention: ein Handbuch für die psychosoziale Praxis* (1. Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.

Teismann, T., & Dormann, W. (2014). *Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Teismann, T., Koban, C., Illes, F., & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suizidaler Patienten*. <https://doi.org/10.1026/02584-000>

Turecki, G. (2016). Preventing suicide: where are we? *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 597–598.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Valach, L., Young, R. A., & Michel, K. (2011). Understanding suicide as an action. In K. Michel & D. A. Jobes (Hrsg.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. (S. 129–148). <https://doi.org/10.1037/12303-008>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

- Vatne, M., & Nåden, D. (2012). Finally, it became too much—experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 304–312.
- Vatne, M., & Nåden, D. (2018). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing ethics*, 25(4), 444–457.
- Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miaso, A. I., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., & Borges, T. L. (2017). Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of psychiatric nursing*, 31(4), 345–351.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. <https://doi.org/10.1037/11862-000>
- Wolfersdorf, M., Schneider, B., & Schmidtke, A. (2015). Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. *Der Nervenarzt*, 86(9), 1120–1129. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4150-3>
- Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Grebner, M., Keller, F., Purucker, M., & Wurst, F. M. (2016). Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Der Nervenarzt*, 87(5), 474–482. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0111-3>
- Wolfersdorf, Manfred, & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention* (1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- World Health Organization. (2016). Preventing suicide: A global imperative. 2014 heruntergeladen von: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

Zürich, Suizidprävention. (2015). Über Suizid berichten. Heruntergeladen von <https://www.suizidpraevention-zh.ch/suizidpraevention-kanton-zuerich/fuer-medienschaffende/ueber-suizid-berichten/> am 22. März 2019

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Altersstandardisierte Suizidrate der WHO (2016).....	1
Abbildung 2. Beobachtungsdefinitionen für selbst gerichtete Gewalt.....	9
Abbildung 3. Differenzierung v. Suizidgedanken.....	12
Abbildung 4. Differenzierung von Ätiopathogenesemodellen.....	14
Abbildung 5. Komponenten der interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens.....	17
Abbildung 6. Wissensquellen des EBN.....	19
Abbildung 7. Flowchart Selektionsprozess Stand 22.03.19.....	26
Abbildung 8. Darstellung Ergebniskategorien.....	31
Abbildung 9: Syntheseprozess (Schritt 1 von 2).....	46
Abbildung 10: Syntheseprozess (Schritt 2 von 2).....	47
Abbildung 11. Verhandlungsleitfaden.....	61
Abbildung 12. Handlungsanweisungen für suizidale Krise.....	62
Abbildung 13. Selbstreflektion der Einstellung zu Suizid-verhalten.....	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konfrontierte Berufsfelder.....	3
Tabelle 2: Einheitliche Definitionen für Suizid -handlungen, -gedanken.....	10
Tabelle 3: Inakzeptable Begriffe für gegen sich gerichtete Gewalt.....	11
Tabelle 4: Übersicht Beispiele Erklärungsmodelle für Suizid- verhalten.....	14
Tabelle 5: Angewandte Keywords mit Indexwörtern PubMed.....	21
Tabelle 6: Limits.....	22
Tabelle 7: Ausschnitt relevante Suche PubMed.....	23
Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien.....	24
Tabelle 9: Übersicht der ausgewählten Studien.....	28
Tabelle 10: Auftreten der Kategorien in den Hauptstudien.....	32
Tabelle 11: Übersicht Gütequalität der Hauptstudien.....	42
Tabelle 12: Übersicht von Kernaussagen der Hauptstudien.....	45
Tabelle 13: Einfluss des EBN auf das Fachwissen.....	49
Tabelle 14: Einfluss des EBN auf das Erkennen von Zusammenhängen.....	50
Tabelle 15: Einfluss des EBN auf die Kommunikationsfähigkeiten.....	51
Tabelle 16: Einfluss des EBN auf Einfühlungsvermögen.....	53
Tabelle 17: Einfluss des EBN auf Bereitschaft zur Interaktion.....	54
Tabelle 18: Einfluss des EBN auf die Bereitschaft interdisziplinären Austausch.....	55
Tabelle 19: Einfluss des EBN auf die Regulationsfähigkeit	57
Tabelle 20: Einfluss des EBN auf die Bereitschaft zur Selbstreflektion.....	58

Wortzahl

Wortzahl Abstract **193**

Wortzahl Bachelorarbeit **7999**

Ohne Titelblatt, Abstract, Tabellen, Grafiken, Abbildungen und deren Beschriftungen, ohne Inhalts- und Literaturverzeichnis sowie Anhang, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und weitere Verzeichnisse

Danksagung

Ein ehrliches und riesiges Dankeschön gilt Sara Häusermann für Ihre überaus fachliche und angenehme Zusammenarbeit während des gesamten Schreibprozesses. Ich danke Ihnen sehr für Ihren stetigen Zuspruch, ihre Flexibilität und Ihr ehrliches Interesse an der Thematik! Es hätte mich nicht besser treffen können!

Ein riesen Dank geht an meine Eltern Tanja und Stephan, die immer hinter mir stehen, an mich glauben und mich unterstützen. Ich liebe euch.

Mein weiterer Dank gilt der der Sanatorium Kilchberg AG, die es mir überhaupt ermöglicht hat, dass ich hier nun eine Danksagung in meiner Bachelorarbeit verfassen kann. Ein besonders grossen Dank möchte ich an mein Team der Station D1 richten, die wahrscheinlich mal mehr oder weniger unter meiner Anspannung mitleiden durften. Vor allem in den letzten Monaten. Ich danke euch! Sandra, ohne deinen fachlichen Input wäre ich aufgeschmissen gewesen. Moni, ohne deinen Zuspruch wäre ich nicht halb so weit! Vielen Dank für eure Unterstützung. Des Weiteren möchte ich mich bei meinen Mitbewohnern Vanessa, Gregory und Sammy bedanken, die sich wirklich grosse Mühe gegeben haben, dass ich zu Hause in Ruhe meiner Arbeit nachgehen konnte und mich tatkräftig unterstützt haben. Merci beaucoup!

Katrin. Ich weiss nicht, wieviel Tage und Nächte wir mit Gesprächen über diese Arbeit verbracht haben und ich kann nicht zählen, wie oft du mich darin bestärkt hast am Ball zu bleiben! Dir gilt mein unendlicher Dank für deine mentale Unterstützung, deine Geduld und dein Verständnis für all meine Gemütszustände.

Last but not least: Danke ich der guten Techno Musik dieser Welt, die es immer geschafft hat, die zähesten Denkblockaden in meinem Kopf zu lösen und mich wieder in einen mental brauchbaren Zustand gebracht hat.

Eigenständigkeitserklärung

"Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe."

Mirco Müller



Anhänge

Anhang 1 Protokolle der Datenbankrecherche

Pubmed Suchzeitraum November 2018 bis Februar 2019				
# Suchvorgang	Keywords	# Hits	# Abstract gesichtet	# relevante Artikel
1	(competence[Title/Abstract] OR competency[Title/Abstract] OR ability[Title/Abstract] OR abilitie*[Title/Abstract] OR capabilit*[Title/Abstract] OR skill*[Title/Abstract] OR knowledge[Title/Abstract] OR expertise[Title/Abstract] OR responsibility[Title/Abstract])	1792561		
2	"Professional Competence"[Majr] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR "Social Skills"[Mesh] OR "Aptitude"[Mesh] OR "Social Responsibility"[Mesh] OR ("Professional Competence"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice"[Mesh])	215097		
3	1 OR 2	1927913		
4	(nurse[Title] OR nursing[Title] OR "psychiatric nurs*" [Title] OR "mental health nurs*" [Title] OR "health personnel" [Title])	187066		
5	("Nursing"[Mesh] OR ("Nurses"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh])) OR "Health Services"[Mesh] OR "Mental Health Services"[Mesh])	2145943		
6	4 OR 5	2207506		
7	(suicid*[Title] OR "acute suicid*" [Title] OR "suicid attempt*" [Title] OR suicid*[Title/Abstract] OR "Suicide"[Mesh] OR "suicide attempt*" [Title/Abstract] OR "Suicide, Attempted"[Mesh])	87330		
8	("crisis intervention*" [Title/Abstract] OR negotiat*[Title/Abstract])	16680		
9	("Crisis Intervention"[Mesh] OR "Negotiating"[Mesh])	11588		
10	8 OR 9	25314		
11	(stop*[Title/Abstract] OR interrupt*[Title/Abstract] OR prevent*[Title/Abstract])	1482436		
12	("Behavior Control"[Mesh] OR "prevention and control" [Subheading])	1225336		
13	11 OR 12	2334127		
14	3 AND 6 AND 7	1915		
15	Limit 14 to Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2019/12/31; English; German	1049	136	4
16	14 AND 9	69		

	Limit 16 to Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2019/12/31; English; German	25	9
17	14 AND 13	931	
	Limit 17 to Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2019/12/31; English; German	478	82
18	6 AND 7 AND 10	656	
19	Limit 18 to Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2019/12/31; English; German	166	67

DB: CINAHL
Complete
Suchzeitraum
November 2018
bis Februar 2019

# Suchvorgang	Keywords	# Hits	# Abstract gesichtet	# relevante Artikel
1	(MH "Nursing Skills") OR (MH "Social Skills") OR (MH "Communication Skills") OR (MH "Aptitude") OR (MH "Nursing Knowledge") OR (MH "Professional Practice, Evidence-Based") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based") OR (MH "Medical Practice, Evidence-Based") OR (MH "Holistic Nursing") OR (MH "Expert Nurses") OR (MH "Accountability")	9861 3		
2	(MH "Nurses") OR (MH "Health Personnel")	8900 7		
3	(MH "Suicide") OR "suicide" OR (MH "Suicide, Attempted") OR "suicid*" OR "acute suicid*"	3422 8		
4	(MH "Negotiation") OR (MH "Crisis Intervention") OR "crisis intervention" OR (MH "Nursing Interventions")	1467 4		
5	"stop*" OR "interrupt*" OR (MH "Preventive Health Care") OR (MH "Suicide Prevention (Iowa NIC)") OR (MH "Safety") OR "prevent*"	7157 63		
6	1 AND 2 AND 3	13	1	
7	2 AND 3 AND 4	10	6	
8	2 AND 3 AND 5 and limit to Published Date: 20080101-20191231 and limit to english and german	106		
9	2 AND 3 AND 5 AND 4	6	1	
10	2 AND 3 AND 5 AND 1	8	2	
11	Limit 8 to Published Date: 20080101-20191231	105	26	
12	3 AND 4 AND 5 limit to Published Date: 20080101-20191231 and limit to english	139	24	
13	1 AND 3 limit to Published Date: 20080101-20191231 and limit to english	259	36	
14	(MH "Suicide") OR "suicide" OR (MH "Suicide, Attempted") OR "suicid*" OR "acute suicid*" AND prevention and control AND (MH "Nurses") OR (MH	105	45	1

	"Health Personnel") limit to Published Date: 20080101-20191231 and limit to english			
15	(MH "Suicide") OR "suicide" OR (MH "Suicide, Attempted") OR "suicid*" OR "acute suicid*) AND rescu*	74	12	1
16	(MH "Suicide") OR "suicide" OR (MH "Suicide, Attempted") OR "suicid*" OR "acute suicid*) AND responding to Limiters - Published Date: 20080101-20191231 Narrow by Language: - german Narrow by Language: - english	114	4	
17	(MH "Human Needs (Psychology)") OR "Needs" OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Psychiatric Patients") OR (MH "Emergency Patients") OR "patient experience"	1918 85		
18	(MH "Human Needs (Psychology)") OR "Needs" OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Psychiatric Patients") OR (MH "Emergency Patients") OR "patient experience") AND ((MH "Suicide") OR "suicide" OR (MH "Suicide, Attempted") OR "suicid*" OR "acute suicid*) AND rescu*) AND ((MH "Negotiation") OR (MH "Crisis Intervention") OR "crisis intervention" OR (MH "Nursing Interventions")) Limiters - Published Date: 20080101-20191231 Narrow by Language: - english	38	9	
19	(MH "Human Needs (Psychology)") OR "Needs" OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Psychiatric Patients") OR (MH "Emergency Patients") OR "patient experience" OR "experience") AND ((MH "Suicide") OR "suicide" OR (MH "Suicide, Attempted") OR "suicid*" OR "acute suicid*) AND rescu*) AND ((MH "Negotiation") OR (MH "Crisis Intervention") OR "crisis intervention" OR (MH "Nursing Interventions")) Limiters - Published Date: 20080101-20191231	53	4	

DB:Cochrane Library
Suchzeitraum November
2018 bis Februar 2019

# Suchvorgang	Keywords	# Hits	# Abstract gesichtet	# relevante Artikel
1	MeSH descriptor: [Clinical Competence] explode all trees	2923		
2	MeSH descriptor: [Knowledge] explode all trees	159		

3	MeSH descriptor: [Evidence-Based Practice] explode all trees	1160	
4	MeSH descriptor: [Nursing] in all MeSH products	3124	
5	MeSH descriptor: [Delivery of Health Care] explode all trees	41832	
6	MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees	961	
7	MeSH descriptor: [Negotiating] explode all trees	110	
8	MeSH descriptor: [Crisis Intervention] explode all trees	149	
9	#4 OR #5 AND #6	3263	
10	#4 AND #6	11	
11	#1 AND #6	6	1
12	#3 AND #6	2	
13	#5 AND #6 in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols, Trials, Clinical Answers, Editorials and Special collections (Word variations have been searched)	140	
14	#8 AND #6	18	

DB: PsychInfo
Suchzeitraum
November 2018
bis Februar 2019

# Suchvorgang	Keywords	# Hits	# Abstract gesichtet	# relevante Artikel
1	exp PROFESSIONAL COMPETENCE/ or exp COMPETENCE/ or competence.mp. or skill.mp. or exp Ability/ or responsibility.mp. or exp SOCIAL RESPONSIBILITY/ or exp RESPONSIBILITY/	296165		
2	(nurses or nursing or Health Personnel).ti.	31763		
3	exp Attempted Suicide/ or exp Suicide Prevention/ or exp Suicide/	34244		
4	exp Crisis Intervention/ or exp Psychiatric Units/ or exp Crisis Intervention Services/ or exp Crises/ or exp NEGOTIATION/	25049		
5	(stop* or interrupt* or prevent*).ti.	43045		
6	(exp Patients/ or exp Client Attitudes/ or exp Client Satisfaction/ or exp Therapeutic Processes/ or exp Life Experiences/ or exp "Quality of Care"/)	213803		
7	2 AND 3	126		

8	limit 7 to (english language and yr="2008 - Current")	61	11	1
9	(2 AND 4).ti.	228		
10	limit 9 to (english language and yr="2008 - Current")	102	24	
10	((nurses or nursing or Health Personnel) and (Attempted Suicide or Suicide Prevention or Suicide)).ti. or ((nurses or nursing or Health Personnel) and (Attempted Suicide or Suicide Prevention or Suicide)).ab.	850		
11	limit 10 to (english language and yr="2008 - Current")	387	26	
8	1 AND 2 AND 3 (english language and yr="2008 - Current")	77	4	
9	3 AND 5 AND 6 (english language and yr="2008 - Current")	16	2	
10	(2 AND 3 AND 4).ti.	25	2	
11	(2 AND 3 AND 4).ab.	88	4	
12	((nurses or nursing or Health Personnel) and (percept* or "nurs* perspect*" or need* or support) and (exp Attempted Suicide/ or exp Suicide Prevention/ or exp Suicide/)).ti.	13		

Anhang 2 Zusammenfassung der Hauptstudien

Zusammenfassung S1: Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor Referenz: Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 31(1), 31–37. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018	
Einleitung	
Forschungsfrage:	Wie erleben psychiatrische Pflegefachpersonen ihre eigenen Fähigkeiten bezüglich Wahrnehmung und Reaktion auf suizidales-/ selbstverletzendes Verhalten von Patientinnen/ Patienten? Wie reagieren psychiatrischen Pflegefachpersonen und wie gehen sie mit den emotionalen Herausforderungen der Pflege von potenziell suizidalen Patientinnen und Patienten um?
Forschungsziel:	Erweiterung der bestehenden Literatur, um weiteres Wissen zu erhalten, wie psychiatrische Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Anforderungen in der Pflege von potenziell suizidalen Patientinnen/Patienten umgehen.
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (deskriptiv/ explorativ, prospektiv)
Stichprobe:	Acht psychiatrischen Pflegefachpersonen, darunter sieben Frauen und ein Mann, im Alter von 43 bis 60 Jahren, von fünf verschiedenen psychiatrischen Stationen, aus zwei Spitälern in Norwegen. Die Berufserfahrung der Teilnehmer reicht von fünf bis 25 Jahre (Sieben Teilnehmer wiesen 15 oder mehr Jahre Berufserfahrung auf).
Datenerhebung:	Die erste Autorin führte semi- strukturierte Einzelinterviews mittels Interviewleitfaden mit allen Teilnehmern durch (Dauer zwischen 48 und 82 Minuten) Alle Interviews wurden aufgezeichnet und Verbatim transkribiert.
Datenanalyse:	nach hermeneutisch- phänomenologischen Grundsätzen (Malterud, 2011). Die Analyseprozess beinhaltete: 1) Lesen der Transkripte und erste Themen festlegen. 2) Aussageneinheiten extrahieren und in Codes sortieren. 3) Die Codegruppen verdichten. 4) Zusammenfassung der Daten in bedeutsame Beschreibungen.
Ethik:	Die Studie wurde vom «Regional Comitee für Medical and Health Research» geprüft und zugelassen. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt und die Daten wurden anonymisiert.
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Alle Autoren haben die Transkripte gelesen und untereinander diskutiert. Da der erste Autor eine professionelle Pflegefachperson ist, wurde die Interpretation der Daten durch deren Felderfahrung beeinflusst Die abschliessenden Beschreibungen wurden im Laufe der Zeit weiterentwickelt und verfeinert, und Transkripte wurden während dieses hermeneutischen Prozesses (hin und hergehend zwischen Daten und Literatur) wiederholt gelesen, um sicherzustellen, dass die erstellten Beschreibungen auf den empirischen Daten beruhen.
Ergebnis	

Ergebnisse der Studie:	<p>Die Themen werden durch Zusammenfassungen und ausgewählte Zitate dokumentiert. Es wurden fünf Hauptcharakteristika gebildet und wie folgt von den Forschenden beschrieben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wachsamkeit gegenüber Suizidgedanken: Psychiatrie Pflegefachpersonen scheinen sensibel und aufmerksam gegenüber dem emotionalen Zustand von Patientinnen und Patienten zu sein. Sie nutzen intuitives Wissen (Bauchgefühl, Wahrnehmung von non- verbalen Anzeichen), um zusätzlich zu den Assessments und der Einschätzung des Therapeuten, eine eigene Einschätzung des Suizidrisikos sowie der Umsetzung von Sicherheitsmassnahmen zu treffen. Es findet keine Unterscheidung zwischen Patientinnen/ Patienten mit suizidalen Absichten oder selbstverletzenden Absichten statt. Die Zusammenarbeit mit unerfahrenen oder inkompetenten Pflegefachpersonen stellt eine Herausforderung dar, weil diese solche Signale von Patientinnen/ Patienten nicht wahrnehmen, so dass es in Schichten mit Aushilfskräften oder Zeitarbeitskräften vermehrt zu selbstverletzenden Ereignissen kommt. 2. Reduktion des psychischen Schmerzes von Patientinnen/ Patienten und Hoffnung generieren: Als wichtiger Prozess in der Interaktion mit suizidalen Personen. Um Hoffnung generieren zu können, muss die Pflegefachperson durch erkundende Haltung ein gemeinsames Verständnis für den psychischen Schmerz, die Lebenssituation und der Suizidalität schaffen. Durch Erweiterung der Perspektive der betroffenen Person, kann diese empfänglicher für Positives werden. Dabei ist wichtig den Fokus auf Zukunft, Leben, Möglichkeiten zur Veränderung und Verbesserung der Lebenssituation zu richten und sich nicht ausschliesslich auf Suizidalität und damit verbundene Probleme zu konzentrieren. 3. Emotionen, die durch Suizid und Suizidalität hervorgerufen werden: Ein Suizid verursachte bei Pflegefachpersonen Gefühle von Trauer, Schuld, Wut (Weil man in eine hilflose Situation gebracht wurde, in der man handlungsunfähig ist) und Selbstzweifel. Bei Pflegefachpersonen, die sich nicht gut oder kompetent fühlten, führte der Suizid zu einer Selbsteinschätzung (Zeichen für fehlerhaftes Versagen; nicht ausreichend getan zu haben), was das hohe Verantwortungsgefühl für Sicherheit widerspiegelt. Aufgrund des emotionalen Schmerzes der betroffenen Person und den schwierigen Arbeitsbedingungen, wurde der Suizid in einem Fall auch als Entlastung (beendete Belastung) erlebt. 4. Regulation der Emotionen und emotionale Ausdrucksweise: Die Pflegefachpersonen versuchen ihre eigenen Gefühle (Wut, Angst, Trauer) zu unterdrücken. Sie versuchen in akuten Situationen ruhig und zuversichtlich zu wirken, auch wenn dieses Ungleichgewicht (Innere Gefühle vs. Aussenwirkung) als sehr belastend und emotional aufwendig beschrieben wird. Es
------------------------	--

	<p>scheint wichtig für eine professionelle Versorgung, dass Pflegefachpersonen «stabil sind» und sich nicht von den Emotionen der betroffenen Person überwältigen lassen (um Überforderung und Lähmung zu vermeiden). In zwei Fällen wird davon berichtet, dass die Pflegefachperson unkontrolliert (wütend) gegenüber der suizidalen Person reagiert hat, um eine Veränderung der Situation zu bewirken. Der Austausch unter Kollegen sei hilfreich, um die Emotionen regulieren zu können, um auf eine professionelle Weise handeln zu können.</p> <p>5. Balance zwischen emotionaler Nähe und beruflicher Distanz: Ein Gleichgewicht zwischen emotionalem Engagement und beruflicher Distanz scheint Empathie und Fürsorge zu sein, während die Distanz zu der betroffenen Person erhalten bleibt. Teilweise empfinden die Teilnehmer die Beziehung wie eine Art Mutterschaft und besteht Gefahr zu sehr emotional involviert zu sein. Um sich selbst Abgrenzen zu können, ist es wichtig, Klarheit über die eigenen Gefühle zu haben oder die Verantwortung unterhalb der Teammitglieder aufzuteilen.</p>
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Intuitives Wissen von psychiatrischen Pflegefachpersonen (durch klinische Erfahrung erlangt) wird als Kompetenz und Voraussetzung für eine adäquate Betreuung suizidaler Personen angesehen. • Um Hoffnung generieren zu können, muss zuerst ein gemeinsames Verständnis zwischen Pflegefachperson und suizidaler Person über aktuelle Krisensituation geschaffen werden, damit ein Perspektivwechsel stattfinden kann (durch aktive Fokussierung der Pflegefachperson auf Leben und Zukunft). • Um professionell Handeln zu können, muss die Pflegefachperson die Fähigkeit zur Emotionsregulation besitzen und selbst «stabil sein». • Austausch mit Kollegen und Verteilung der Verantwortlichkeiten werden als hilfreich empfunden • Selbstabgrenzung und Gleichgewicht zwischen Empathie/ Fürsorge vs. beruflicher Distanz stellen wichtige und schützende Faktoren in der Betreuung von suizidalen Personen dar.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Forschungsfrage konnte ausreichend beantwortet werden (Durch vertiefte Einblicke in erlebte Situationen/ Emotionen der Teilnehmer).
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Die Autorinnen vergleichen alle Ergebnisse ihrer Studie mit bereits vorhandenen Forschungsergebnissen. Die Resultate tragen zu früheren Forschungsarbeiten bei und sind in etwa deckungsgleich.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Pflegefachpersonen spielen eine wichtige Rolle in der Suizidprävention • Potenziell suizidale Personen sollten von erfahrenen Fachpersonen betreut werden, da spezifische Fähigkeiten dafür benötigt werden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Forschung über Charakteristika von suizidalen Hinweisen von Patientinnen/ Patienten und wie man die Kompetenz, diese wahrzunehmen stärken kann, wird benötigt. Ebenfalls sollten die Aspekte der emotionalen Arbeit von Pflegefachpersonen (Nähe vs. Distanz) weiter erforscht werden. • Eine angemessene Personalausstattung und ausreichende fachliche Ausbildung ist für alle Mitarbeiter wichtig. • Die Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen und Unterstützung ist für Psychiatrische Pflegefachpersonen sehr bedeutend, um eine gute Betreuung gewährleisten zu können. Dazu gehören auch Supervisionen. • In der Ausbildung von Pflegefachpersonen sollte der Fokus stärker auf emotionale und erfahrungsbasierte Kompetenzen gerichtet werden. Die Betreuung ist mit einem hohen emotionalen Aufwand verbunden. • Die psychische Gesundheit von Pflegefachpersonen sollte mehr in den Vordergrund gerückt werden.
--	---

<p>Zusammenfassung S2: Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study</p> <p>Referenz: Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., & Borges, T. L. (2017). <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 31(4), 345–351.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003</p>	
Einleitung	
Forschungsfrage:	Welche Erfahrungen haben Pflegefachpersonen der Notfallpflege in der Betreuung von suizidalen Personen gemacht?
Forschungsziel:	Diese Studie versucht das Verständnis über Haltungen, Wissen, Überzeugungen, Gefühlen und Reaktionen von Pflegefachpersonen bezüglich der Pflege von suizidalen Personen in Lateinamerika zu vertiefen.
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (Grounded Theory, prospektiv) Symbolischer Interaktionismus als theoretischer Rahmen.
Stichprobe:	19 Pflegefachpersonen aus einer Notfallabteilung und einer Notfallambulanz in Sao Paulo, Brasilien, darunter 12 Frauen und sieben Männer; im Alter zwischen 19 und >50 Jahren; mit Berufserfahrung von <10 bis >31 Jahren, mit unterschiedlichen Variationen bezüglich der Erfahrungen mit Suizidalität, Ausbildung in psychischer Gesundheit und Training im Umgang mit Suizidalität (mindestens eine Begegnung mit einer suizidalen Person vorausgesetzt).
Datenerhebung:	Zwischen April 2015 und Januar 2016; Die Datensammlung fand durch zwei Erfahrene Forscher statt, die nicht zu dem Personal der Teilnehmenden zählten. Die Daten wurden in ein oder zwei Sitzungen mittels aufgezeichneten, nicht strukturierten Interviews (mit Interviewleitfaden; max. Dauer 40 Min; im privaten Umfeld) gesammelt. Die gesamte Datenerhebung fand in Portugiesisch statt und wurde komplett ins englische übersetzt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und Verbatim transkribiert.
Datenanalyse:	Die transkribierten Interviews wurden durch offenes, axiales und selektives kodieren nach Strauss und Corbin (2008) analysiert.
Ethik:	Geprüft durch «Research Ethics Committee»; Alle Teilnehmenden stimmten dem «informed consent» zu.
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Die axiale und selektive Kodierung wurde von einer Gruppe von Forschern unterstützt, die systematisch die Glaubwürdigkeit der vorläufigen Schlussfolgerungen in Frage stellte. Die Teilnehmer der Studie bestätigten die Ergebnisse.
Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	<p>Die Themen werden durch Zusammenfassungen und ausgewählte Zitate dokumentiert. Es wird eine Hauptkategorie präsentiert, welche die gemachten Erfahrungen der Pflegefachpersonen darstellt und drei weitere Kategorien, welche das Phänomen erklären und kontextualisieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kritische, Herausfordernde und Komplexe Situation: Welche als dringende, unvorhersehbare und unkontrollierte Situation betrachtet wird, die mit vorhandenen Ressourcen nicht

	<p>gehandhabt werden kann und Geschwindigkeit, psychologische Fähigkeiten, professionelles Wissen und Schulung benötigt.</p> <p>2. Verurteilung einer unverantwortlichen Tat: Suizid wird als eine nicht zu rechtfertigende Handlung beschrieben. Es werden Schwierigkeiten beschrieben, mit den suizidalen Personen einfühlsam umzugehen und eine empathische Haltung zu haben (bis zu Diskriminierende Haltungen).</p> <p>3. Bewegt fühlen: Diese Kategorie stellt die Gefühle dar, die sich auf die Erfahrung beziehen, Personen beim Suizid zu unterstützen. Suizidale Personen haben verschiedene Gefühle mit unterschiedlicher Intensität ausgelöst.</p> <p>4. Die Versorgung muss zur Verfügung gestellt werden: In dieser Kategorie werden die Perspektiven der Pflegefachpersonen der Notfallpflege in Bezug auf ihre Rolle und die Betreuung der Selbstmordpatienten erläutert.</p>
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Die vorliegende Studie bekräftigt die Relevanz von Empathie, einen umfassenden und urteilsfreien Ansatz, Toleranz, emotionale Kompetenz, Klarheit und Aufwertung der Rolle der Pflege von potenziell suizidalen Personen. • Pflegefachpersonen benötigen Support, Ressourcen und Supervision, die auf ihre Gefühle und Reaktionen im Zusammenhang mit der Betreuung von suizidalen Personen. • Dass Pflegefachpersonen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation haben und dies zu negativen Einstellungen führen kann.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Forschungsfrage konnte ausreichend beantwortet werden (Durch vertiefte Einblicke in erlebte Situationen/ Emotionen der Teilnehmer).
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Alle Ergebnisse der Studie werden mit bereits vorhandenen Forschungsergebnissen verglichen. Die meisten Resultate bestärken bereits erbrachte Forschungsergebnisse. Zusätzlich wurden weitere Hindernisse wie der Mangel an Zeit, Überlastung, Uneinigkeit und mangelnder Zusammenhalt im Team beschrieben.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Die ungünstigen Bedingungen müssen durch Suizidpräventionsprogramme, institutionelle Richtlinien, Ressourcen, Richtlinien und Protokolle verbessert werden. • Suizidversuche erzeugen bei Pflegefachpersonen von Notdiensten starke Gefühle, weshalb die Ausbildung, Unterstützung und Betreuung dieser Fachkräfte die emotionalen Kompetenzen, Belastbarkeit, Empathie beinhalten und stärken. • Es sollen Strategien entwickelt werden die der Diskussion, Reflexion und dem Erfahrungsaustausch zwischen Fachleuten dienen, um somit die Selbsteinschätzung, Wissensintegration und den Teamzusammenhalt fördern.

<p>Zusammenfassung S3: An Interpretive Study of Nursing Students' Experiences of Caring for Suicidal Persons</p> <p>Referenz: Scheckel, M. M., & Nelson, K. A. (2014). <i>Journal of Professional Nursing</i>, 30(5), 426–435.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.03.003</p>	
Einleitung	
Forschungsfrage:	Welche Erfahrungen haben Studierende in Bezug auf die Betreuung von suizidalen Personen gemacht?
Forschungsziel:	Die Erfahrungen zu verstehen, die Studierende im Pflegestudium in Bezug auf die Betreuung von suizidalen Personen hatten und Einblicke in die grundlegende Vorbereitung von Studenten auf die Betreuung von suizidalen Personen zu erhalten, damit Informationen an pädagogische Ansätze gegeben werden können und somit die Pflege suizidaler Personen zu verbessern.
Methode	
Design:	Qualitatives Forschungsdesign (interpretativ, prospektiv) nach Phänomenologie (Heidegger, 1927/1962) und Hermeneutik (Gadamer, 1960/1989).
Stichprobe:	Es wurden Zwölf weibliche Studierende der Krankenpflege einer privaten Universität (die einen sieben- wöchigen Kurs für psychische Gesundheit/ Krankheit absolviert haben) rekrutiert (Alter von 21 bis 26 Jahre), weil einer der Forscher ihr Ausbilder für den klinischen Teil des Kurses war und er eine Verbindung mit den Studierenden aufgebaut hatte. Dieser Rapport erhöhte das Potenzial für das Sammeln umfangreicher Daten über die Erfahrungen der Schüler bei der Betreuung von Selbstmordgefährdeten erheblich.
Datenerhebung:	Unstrukturierte Einzelinterviews (Dauer 30- 60 Minuten), alle Interviews wurden aufgezeichnet und Verbatim transkribiert.
Datenanalyse:	Datenanalyse nach Benner (1985, 1994) und Diekelmann & Ironside (1998). 1. Mehrmaliges Durchlesen der Protokolle. 2. Kodierung der Daten. 3. Kategorienbildung nach Gemeinsamkeiten. 4. Weitere Analyse durch vorlegen von Beispielen 5. Diskussion über Kategorien 6. Abgleich mit Literatur 7. Entwicklung von bedeutsamen Erkenntnissen
Ethik:	Genehmigung durch das institutionelle Review Board; Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt und die Daten wurden anonymisiert.
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Die Forschenden schrieben Interpretationen von Exemplaren, um die Bedeutungen der Teilnehmererfahrungen zu offenbaren (Benner, 1985), tauschten ihre Interpretationen miteinander aus und einigten sich auf die Interpretationen, die die Bedeutungen der Erfahrungen der Teilnehmenden am besten erläuterten.
Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	<p>Die Drei folgenden Themen sind aus der Datenanalyse hervorgegangen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In der «Patientenakte» gesehen: Furcht, Unterbrechen und Ändern von Ansichten suizidaler Personen: beschreibt das Phänomen, dass die Patientendokumentation die Gefühle von Teilnehmenden gegenüber von Betroffenen (negativ) beeinflussen kann (kann Angst bei Fachperson auslösen).

	<p>Einige Teilnehmer liessen sich davon nicht beeinflussen und wollten zuerst mit der betroffenen Person selbst sprechen.</p> <p>2. Reden vs. Schweigen und Suizid- Risiko- Assessment: Gespräche führen mit der Betroffenen Person, um das Suizidrisiko korrekt einschätzen zu können. Dabei muss nicht die direktive Frage nach Suizidalität ausgesprochen werden. Dieser Prozess gestaltete sich für einige Teilnehmer schwierig, da die betroffene Person nicht antworten wollte. Andererseits vermittelten direkt ausgesprochene Aussagen über Suizidalität einigen Teilnehmenden, dass eine weitere Erfassung des Suizid-Risikos nicht nötig sei.</p> <p>3. Zum Wohl der betroffenen Person handeln, um die Bedürfnisse zu erkennen: beschreibt die Möglichkeit, durch Erkunden von Bedürfnissen, eine geeignete Massnahmenplanung zu gestalten. Dies kann sehr gut überlegt und geplant stattfinden oder aber auch der betroffenen Person schaden, wenn die Interventionsplanung nicht durchdacht ist.</p>
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation ist unerlässlich und hat einen sehr hohen Stellenwert, um Pflege für suizidale Personen leisten zu können. • Ängste von Fachpersonen können die Fähigkeiten für eine optimale Betreuung beeinträchtigen oder die Betreuung beeinflussen. • Erfahrungsbasiertes, klinisches Urteilsvermögen hat einen starken Einfluss auf die Fähigkeiten der Studierenden, welche benötigt werden, um eine adäquate Versorgung von suizidalen Personen leisten zu können.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Forschungsfrage konnte teilweise beantwortet werden (Durch vertiefte Einblicke in erlebte Situationen/ Emotionen der Teilnehmer), jedoch ist weiterer Forschungsbedarf indiziert.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Die Forschenden diskutieren ihre Themenfelder mit vorhandener Literatur und erzielen Ergebnisse, die sich durch bestehende Forschungsergebnisse stützen lassen.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Bisher wenig Forschung über Studierende, die vor der Interaktion mit einer suizidalen Person, unvoreingenommen und offen gegenüber der Pflege von suizidalen Personen waren/sind und inwiefern dies die Pflege beeinflussen kann/ könnte. • Sicherstellung, dass Studierende gute kritische Denkfähigkeiten (Klinisches Urteilsvermögen, Entscheidungskompetenz, etc.) haben und in der Pflege von suizidalen Personen anwenden. • Klinisch fundierte Literatur zur Entwicklung des Denkens in psychiatrischen Kliniken sowie Fallstudien, Simulationen und Reflexionsaktivitäten, die sich auf die Entwicklung des klinischen Urteilsvermögens konzentrieren, kann hilfreich sein, um sichere und qualitativ hochwertige Interventionen für suizidale Personen zu vermitteln. • Weitere Forschung zu Haltungen von Studierenden über Suizidalität

Zusammenfassung S4: Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients Referenz: Vatne, M., & Nåden, D. (2018). <i>Nursing Ethics</i> , 25(4), 444–457. https://doi.org/10.1177/0969733016658794	
Einleitung	
Forschungsfrage:	Was sehen suizidale Personen als sinnvolle Hilfe in Pflege- und Behandlungssituationen?
Forschungsziel:	Wissen darüber zu entwickeln, was suizidales Leiden nach dem Überleben eines Suizidversuchs lindert aus der Sicht von Betroffenen.
Methode	
Design:	Qualitatives Forschungsdesign (explorativ, retrospektiv) nach hermeneutischer Theorie (Gadamer, 2010).
Stichprobe:	Zehn Teilnehmer, darunter vier Frauen und sechs Männer (Alter von 21-45 Jahre; Neun der Zehn Teilnehmer unternahmen mindestens einen Suizidversuch, ein Teilnehmer konnte davon abgehalten werden durch die Aufnahme in einer Notaufnahme).
Datenerhebung:	Datenerhebung durch narrative Interviews mit Gesprächsleitfaden (Dauer von 90 bis 110 Minuten). Alle Interviews wurden aufgezeichnet und Verbatim transkribiert.
Datenanalyse:	Der Prozess der Datenanalyse umfasste sechs Arbeitsschritte nach Braun und Clarke (2006). 1. Schreiben der Interviews in Textform. 2. Naives Lesen und Bildung von ersten Themen. 3. Überprüfung auf Relevanz im Bezug zur Forschungsfrage. 4. Überprüfung der Themen. 5. Identifikation und Zusammenführung der Themen. 6. Präsentation und Diskussion der Themen in Bezug auf vorhandene Forschung, Forschungsfrage und der Theorie über Leiden nach Eriksson.
Ethik:	Die Studie wurde von der regionalen Ethikkommission für Forschung in Norwegen und den Schutz der Privatsphäre der norwegischen «Social Science Data Services» empfohlen. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt und die Daten wurden anonymisiert.
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Die Interviews wurden vom Erstautor durchgeführt und transkribiert, der auch für die Analyse verantwortlich war. Der zweite Autor untersuchte das Rohmaterial und hatte während des Analyseprozesses eine aktive Rolle bei der Diskussion der Themen.
Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	Drei Themen schienen die Erfahrungen der Teilnehmenden in Bezug auf Pflege abzubilden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoffnung durch Begegnung erleben: Hoffnungsfördernde Begegnungen, die das Gefühl vermitteln, nicht allein zu sein, verstanden zu werden (auch ohne viele Worte) und Geschichten von anderen zu hören, die sich erholt haben. 2. Hoffnung durch Atmosphäre von Wissen/ Weisheit: Beschreibt eine Atmosphäre nach dem Suizidversuch, sich in guten Händen zu fühlen/ aufgehoben sein (Von Fachpersonen, die Wissen haben und würdevoll sind). 3. 3. Hoffnungsschimmer erleben, wenn man sich Verantwortung zurückholt: Bewältigungsstrategien durch

	Gespräche und Dialoge erschaffen (durch erkennen von eigenen Mustern) und Verantwortung dafür übernehmen.
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidale Personen müssen die Fürsorgekultur der Pflegefachperson verspüren, damit sie Hoffnungsträger sein können • Gegenseitiges Vertrauen, Glauben an die inhärente Lebenskraft der Menschen und Glauben daran, dass sich die Situation immer ändern kann, sind wichtige Aspekte, um Hoffnung erzeugen zu können. • Das Gefühl, dass jemand aufmerksam zuhört, den Standpunkt des Leidens einnimmt und hilft durch Eingreifen, scheint ein entscheidender Faktor für Sicherheit zu sein. • In Betreuungssituationen besteht weiter die Gefahr, Leiden zu verstärken, anstatt zu lindern. Deshalb müssen Patienten verbal und körperlich korrekt verstanden werden. • Massnahmen, die Hoffnung schaffen auf die Wiederherstellungsfähigkeit der eigenen Sicherheit, scheinen sinnvoll.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Studie bestätigt das Potenzial von zwischenmenschlichen Begegnungen, die Hoffnung wecken können und Leiden lindern.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Alle Ergebnisse der Studie werden mit bereits vorhandenen Forschungsergebnissen verglichen. Die Resultate bestärken bereits erbrachte Forschungsergebnisse. Zusätzlich wird erwähnt, dass soziales Engagement von anderen ein zentraler Faktor für Hoffnung ist und das Hoffnung generell eine sehr wichtige Rolle spielt.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • In Betreuungssituationen besteht weiter die Gefahr, Leiden zu verstärken, anstatt zu lindern. Deshalb müssen Patienten verbal und körperlich korrekt verstanden werden. • Wenn die richtigen Werte und Einstellungen Teil der Pflegekultur sind, kann dies Hoffnung wecken, die das Suizidrisiko minimieren kann. • Personen in suizidalen Krisen brauchen verschiedene Formen der Unterstützung. • Hoffnung scheint in der Pflege von suizidalen Personen ein wichtiger Aspekt zu sein, der weiter erforscht werden soll (Hoffnungsgefühle von Betroffenen, eigene Beziehung der Fachpersonen zur Hoffnung und wie Hoffnung geschaffen werden kann, um den Lebenswillen zu stärken).

<p>Zusammenfassung S5: Finally, it became too much - experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide</p> <p>Referenz: Vatne, M., & Nåden, D. (2012). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 26(2), 304–312.</p> <p>https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00934.x</p>	
Einleitung	
Forschungsfrage:	Welche Gedanken haben Suizidantinnen/ Suizidanten über die Krisen, die sie erlebt haben?
Forschungsziel:	Die gemachten Erfahrungen von Personen nach suizidalen Krisen oder nach einem Suizidversuch, zu erforschen.
Methode	
Design:	Qualitatives Forschungsdesign (explorativ, prospektiv) nach hermeneutischer Theorie nach Gadamer (2010).
Stichprobe:	Zehn Teilnehmer, darunter vier Frauen und sechs Männer (Alter von 21-45 Jahre; Neun der Zehn Teilnehmer unternahmen mindestens einen Suizidversuch, ein Teilnehmer konnte davon abgehalten werden durch die Aufnahme in einer Notaufnahme).
Datenerhebung:	Datenerhebung durch narrative Interviews mit Gesprächsleitfaden (Dauer von 90 bis 110 Minuten). Alle Interviews wurden aufgezeichnet und Verbatim transkribiert.
Datenanalyse:	Der Prozess der Datenanalyse umfasste sechs Arbeitsschritte nach Braun und Clarke (2006). 1. Schreiben der Interviews in Textform. 2. Naives Lesen und Bildung von ersten Themen. 3. Überprüfung auf Relevanz im Bezug zur Forschungsfrage. 4. Überprüfung der Themen. 5. Identifikation und Zusammenführung der Themen. 6. Präsentation und Diskussion der Themen in Bezug auf vorhandene Forschung, Forschungsfrage und der Theorie über Leiden nach Eriksson.
Ethik:	Die Studie wurde von der regionalen Ethikkommission für Forschung in Norwegen und den Schutz der Privatsphäre der norwegischen «Social Science Data Services» empfohlen. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt und die Daten wurden anonymisiert.
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Die Interviews wurden vom Erstautor durchgeführt und transkribiert, der auch für die Analyse verantwortlich war. Der zweite Autor untersuchte das Rohmaterial und hatte während des Analyseprozesses eine aktive Rolle bei der Diskussion der Themen.
Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	<p>Die Themen werden durch Zusammenfassungen und ausgewählte Zitate dokumentiert. Es konnten fünf Themen zur Beantwortung der Forschungsfrage festgehalten werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Den Bezug zur Welt verlieren: Die Gefühlslage vor dem Suizidversuch. Die Sehnsucht nach jemandem, der einem unterstützt, der Hoffnung in Zeiten bringt, in denen das Leben hoffnungslos erlebt wird, wird als wesentliches Element vor, während und nach der Selbstmordkrise verstanden. 2. Zusammenhang zwischen dem Suizidvorfall und Lebensgeschichte: Für die Teilnehmenden war der Selbstmordversuch offenbar ausgelöst durch bestimmte

	<p>Ereignisse. Viele Vorkommnisse können Stress soweit verstärken, bis die Probleme als nicht mehr tragbar erlebt werden.</p> <p>3. Kampf um Tod und Leben: Suizid wird nicht als einfache Entscheidung und Lösung angesehen. Eher als Ausdruck eines Kampfes zwischen dem Wunsch nach Erleichterung des Leidens und der Sehnsucht nach Leben.</p> <p>4. Eine offene Tür als Trost: beschreibt den Trost, den der Gedanken an einen Suizid spenden kann. Die Sicherheit und Gewissheit, die Kontrolle über das eigene Leben zu haben, kann entlastend sein, wenn sich das Leid unerträglich anfühlt. Der empfundene Trost kann bewirken, dass Suizid als Zwangsvorstellung eintritt, in schwierigen Lebenssituationen.</p> <p>5. Sich schämen und schuldig fühlen: die Angst vor Bewertung anderer Personen und der eigenen Einstellung zu suizidalem Verhalten.</p>
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Gefangenheitsgefühl spielt eine zentrale Rolle im Prozess der Suizidalität. • Bestätigung erfordert einen Dialog, aber es sind nicht immer viele Wörter erforderlich. • Entwicklung einer Suizidsprache/ Sprache über existenzielles Leiden könnte die Suizidalität verringern und Fachpersonen ein besseres Verständnis bieten.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Forschungsfrage wird als annähernd beantwortet beschrieben, da sie nur einige Nuancen der gesamten thematischen Bandbreite erfassen konnten.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Alle Ergebnisse der Studie werden mit bereits vorhandenen Forschungsergebnissen verglichen. Die Resultate bestärken bereits erbrachte Forschungsergebnisse.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Es bedarf weiterer Forschung, um neue Dimensionen der bereits vorhandenen Themen zu vertiefen, damit die Sprache des existenziellen Leidens erweitert werden kann. Das bedeutet mehr Beschreibungen über Suizidgedanken und Gefühle, die helfen können über Leben und Tod, Schuld und Scham, Einsamkeit, Bedürfnis und Verlangen zu sprechen, damit Hoffnung für das Leben geschaffen werden kann.

Zusammenfassung S6: Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses

Referenz: Lees, D., Procter, N., & Fassett, D. (2014). *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 306–315.

<https://doi.org/10.1111/inm.12061>

Einleitung	
Forschungsziel:	Erfahrungen und Bedürfnisse von Personen, die eine suizidale Krise hatten, inwieweit diese Bedürfnisse befriedigt wurden, welche Rolle die Bereitschaft der Pflegefachkräfte in diesem Zusammenhang spielte und welche Schlüsselfaktoren Auswirkungen auf die Pflegequalität haben.
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (Multimethod, prospektiv) nach dem qualitativem Forschungsparadigma (Cutcliffe, 2000) und interpretativem Forschungsparadigma (Denzin & Lincoln, 2005).
Stichprobe:	<ol style="list-style-type: none"> 87 Psychiatrische Pflegefachpersonen eines öffentlichen, psychiatrischen Dienstes in Australien. Semistrukturierte Interviews mit 11 psychiatrischen Pflegefachpersonen (sechs Frauen und fünf Männer; Durchschnittsalter 48 Jahre; Durchschnittsjahre Berufserfahrung zwölf Jahre; zehn von zwölf Teilnehmende hatten Zusatzausbildungen im Bereich psychische Gesundheit). Neun Semistrukturierte Interviews mit betroffenen Personen (darunter sechs Frauen und drei Männer; Durchschnittsalter: 41 Jahre), die kürzlich eine suizidale Krise erlebten und psychiatrische Pflege erhalten haben.
Datenerhebung:	Sequenzielle Datenerhebung mit Umfrage unter psychiatrischen Pflegefachpersonen. Auf die Umfrage folgten ausführliche, semistrukturierte Interviews mit einem Teil der befragten Fachpersonen, die kürzlich Erfahrungen in der Pflege von suizidalen Personen gemacht hatten. Die Datenerhebung endete mit ausführlichen, semi-strukturierten Interviews mit betroffenen Personen, die kürzlich eine suizidale Krise erlebten und psychiatrische Pflege erhalten haben.
Datenanalyse:	Nach angepassten kritischen Disziplinen (Blommaert & Bulcan, 2000), konstantes Vergleichen (Glaser 1965) und klassische Inhaltsanalyse nach Leech und Onwuegbuzie (2007). Die Analyse beinhaltete die iterative Erarbeitung von Themen aus den gesammelten Daten.
Ethik:	Die Forschung wurde vom Tasmanian Health and Medical Human Ethics Committee genehmigt. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt und die Daten wurden anonymisiert.
Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	1. Suizidale Krise der Betroffenen: ist typischerweise multifaktoriell bedingt, wobei intrapersonale und zwischenmenschliche Dimensionen von besonderer Bedeutung waren. Zu den Faktoren, die im Zusammenhang mit einer Suizidkrise stehen, gehörten zwischenmenschliche Schwierigkeiten, Trauerfälle, Missbrauch, soziale Ausgrenzung und psychische Erkrankungen. Die Berichte der Pflegefachpersonen bestätigten, dass intrapersonale

	<p>Erfahrungen, die als unerträglich wahrgenommen werden, im Alltag zum Konstrukt der suizidalen Krise gehören können.</p> <p>2. Bedürfnisse der Betroffenen: bezogen auf die suizidale Krise waren der Zugang zu Diensten, körperliche Pflege und Sicherheit, die Behandlung psychiatrischer Symptome und eine therapeutische zwischenmenschliche Beziehung. Zusätzlich betonen die Fachpersonen, wie wichtig eine Einschätzung der Risiken und Absichten ist und sie die individualisierte und wirksame Pflege unterstützt. Beide Gruppen betonten, dass eine therapeutische Beziehung ein wichtiger Aspekt ist, an sich schon therapeutisch wirken kann und potenziell unterstützend für andere spezifische Interventionen sein kann.</p> <p>3. Bekannte Interventionen: Die Pflege wurde am stärksten mit Inhaftierung (bei unfreiwilligem Rechtsstatus), Observation, Medikation und Management von vielschichtiger Unzufriedenheiten in Zusammenhang gebracht. Es wurde nur von einem geringen Mass an therapeutischer, interpersoneller Motivation zur Beziehungsarbeit (Engagement) berichtet, die von den bekannten Interventionen bedeckt wird und somit die Probleme der sozialen Isolation oder Kontrollverlust nicht mildern.</p> <p>4. Bestandteile des therapeutischen Engagements: wurde als Verbindung, aktives Zuhören, Empathie, Grenzen, Gleichberechtigung, Echtheit, Mitgefühl, bedingungslose positive Rücksicht, Vertrauen, Zeit und Reaktionsfähigkeit bezeichnet. Das gleichzeitige Auftreten von (zumindest den meisten) dieser Elemente wurde als wesentlich für eine optimale Qualität des Therapeutischen Engagements angesehen. Es wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass es sich um eine kollaborative, psychotherapeutische Erfahrung handelt, die sich gegenseitig auf Fachperson und betroffene Person auswirkt und positive intrapersonale Veränderungen widerspiegelt und gestaltet.</p> <p>5. Faktoren, welche die Leistung übermitteln und die Umsetzung von therapeutischem Engagement ermöglichen: Die Einflussfaktoren von Betroffenen Personen auf die Pflege sind: Ambivalenz und Absicht, Angst, Aggression, mangelndes Vertrauen, eingeschränkte Fähigkeiten intrapersonale Erfahrungen zu nutzen und zu kommunizieren, wahrgenommene oder tatsächliche Persönlichkeitsstörungen sowie Symptome von psychischen Erkrankungen. Faktoren seitens der Fachpersonen, die Einfluss auf die Pflegequalität haben sind: mangelnde Teamarbeit und Unterstützung, unzureichende fachliche Aufsicht; Mangel an Ressourcen und Zeit; und das dominierende medizinische-Sorgerechtsmodell. Diese Kontextfaktoren stellen unvermeidbare Hindernisse für eine qualitativ hochwertige Versorgung und eine umfassendere therapeutische Tätigkeit dar. Viele Fachpersonen haben keine bestmögliche Einstellung, Ausbildung oder Unterstützung, um die Herausforderungen und Möglichkeiten optimal zu meistern</p>
--	---

	und das therapeutische Engagement besser zu realisieren. Zusätzlich wurde ein Mangel an klinischer Supervision, Selbstbewusstsein und mangelnde Selbstreflexion genannt, welche die Pflege von suizidalen Personen negativ beeinflussen kann.
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine suizidale Krise lässt sich von Fachpersonen lösen/ lindern, jedoch gibt es gravierende Einschränkungen. • Betroffene Personen haben das Bedürfnis «ihre Geschichte» zu erzählen und Pflegefachpersonen könnten darauf Einfluss nehmen. • Pflegefachpersonen besitzen ein hohes Potenzial Isolationsgefühle, Stress, Kontrollverlust und Objektivierung durch eine erhöhte Bereitschaft zur therapeutischen Beziehungsarbeit zu lindern. • Pflegefachpersonen wünschen sich mehr Unterstützung und mehr Vorbereitung für die Betreuung suizidaler Personen.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Ergebnisse erlauben vertiefte Einblicke in die Erfahrungen und Gedanken von Fachpersonen und Betroffenen, woraus sich logische und nachvollziehbare Verbesserungsoptionen ableiten lassen.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Die Forschenden setzen sich mit ihren Ergebnissen und vorhandener Literatur auseinander und können die Ergebnisse durch bestehende Forschungsergebnisse stützen.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist von grosser Bedeutung. • Das Leben von Betroffenen kann verbessert (und möglicherweise sogar erhalten) werden, das Berufsleben der Fachpersonen kann erheblich verbessert werden und ein breiterer individueller und kollektiver Nutzen kann besser realisiert werden, wenn ein höheres Mass und Qualität der Bereitschaft zur therapeutischen Zusammenarbeit erreicht werden würde. • Es besteht weiterer Bedarf diese Bereitschaft zu optimieren. • Die Entwicklung einer Pflegepraxis in Bezug auf die Bereitschaft zur therapeutischen Arbeit ist unabdingbar, um die Bestrebungen und das Potenzial psychiatrischer Pflegefachpersonen zu nutzen, um eine optimale Qualität der Pflege von suizidalen Personen zu erreichen.

Zusammenfassung S7: The Reasons to Go On Living Project: stories of recovery after a suicide attempt Referenz: Chan, K. J., Kirkpatrick, H., & Brasch, J. (2017). <i>Qualitative Research in Psychology</i> , 14(3), 350–373. https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1322649	
Einleitung	
Forschungsziel:	Den Übergang bei Betroffenen von suizidaler Krise zur Entscheidung für Leben zu verstehen und den Zustand der Hoffnung, sowie weitere Faktoren zu erforschen, die entscheidend für die Erholung nach einem Suizidversuch sind. Ausgehend von den Themen von Lakeman und Fitzgerald wurden 130 Einreichungen thematisch mit einem deduktiven Ansatz analysiert.
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (deskriptiv/ explorativ, retrospektiv).
Stichprobe:	Anhand der Website- Analyse und Informationen aus den Berichten der Teilnehmenden konnten folgende demografischen Daten festgehalten werden: in den fünf Jahren des Projektes erhielt die Website 68 500 Besuche aus 173 verschiedenen Ländern. Von den 113 Berichten stammen laut Aussagen aus den Narrativen 62 Berichte von Frauen und 22 von Männern (8 jünger als 20 Jahre; 25 in der 20er Jahren; 14 in den 30er; 6 in den 40er; 8 in den 50er oder älter, Höchstalter: 83 Jahre). 37 Teilnehmende beschrieben einen klaren Suizidversuch, und 48 Teilnehmer berichteten von mehreren Suizidversuchen. Die Teilnehmer ohne klaren Suizidversuch berichteten, dass sie sich selbstverletzt haben, zeigten ein diffuses Risikoverhalten oder anhaltende Suizidgedanken auf.
Datenerhebung:	Auf der RTGOL- Website (Reasons.to-go-on-living/ www.thereasons.ca) wurden Teilnehmer im Zeitraum von fünf Jahren (Juli 2008 bis Juni 2013 eingeladen, einen freien Bericht/ Geschichte zu schreiben (Ohne Vorgaben und komplett anonym), über Gründe warum sie sich nach einer suizidalen Krise in der Vergangenheit für das Leben entschieden haben. Das unstrukturierte Erzählformat ermöglichte es den Teilnehmenden, ihre Erfahrungen in eigenen Worten zu beschreiben und das zu betonen, was sie als wichtig erachteten.
Datenanalyse:	Orientierte sich an der Arbeit von Lieblich et al. (1998) und Braun and Clarke (2006); In zwei Schritten: 1. Von Autor geführte Gruppe von drei studierenden Pflegefachpersonen, entwickelten ein Kodierungsschema, welches an die Themen von Lakeman und Fitzgerald (2008) angelehnt wurde und bildeten Unterthemen aus 38 Samples. 2. Ein anderer Autor kodierte 75 Samples nach dem zuvor entwickelten Kodierungsschema und diskutierte dies unterhalb des Forschungsteams.
Ethik:	Die institutionellen Forschungsethikgremien von St. Josephs Healthcare Hamilton und der McMaster University stimmten dieser Studie zu. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt; alle Daten wurden anonymisiert.
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Supervision durch Autoren, Diskussion und Austausch unterhalb der Forschenden. Am Ende des Prozesses überprüften die Mitglieder des Forschungsteams die ausgewählten Texte und Themen.
Ergebnis	

Ergebnisse der Studie:	<p>Die Daten entsprachen den Themen von Lakeman und Fitzgerald (2008). Zu Beginn der Analyse wurden die Begriffe Leiden und Psychache und Kampf miteinander kombiniert, da sie sich nur schwer trennen lassen. Folgende Unterthemen konnten den Hauptthemen zugeordnet werden:</p> <p>1. Leiden/ psychischer Schmerz und Kampf</p> <p>1.1. Missbrauch: Grosse Anzahl von Teilnehmenden gaben Missbrauch (körperlich oder psychisch) als Teil ihrer Geschichte an.</p> <p>1.2. Selbst-/ Familienentwertung: war für viele Teilnehmende eine der Hauptursachen für psychischen Schmerz (geringes Selbstwertgefühl, entwertet fühlen durch Missbrauch, entwertet fühlen durch psychische Erkrankung).</p> <p>1.3. Trennung/ Isolation: Viele Teilnehmende scheinen in einem Teufelskreis gefangen gewesen zu sein, aus Schwierigkeiten und Stressfaktoren und keine soziale Unterstützung erhalten konnten und sich daher mehr isoliert und getrennt fühlten.</p> <p>1.4. Schuld/ Scham: Nachdenken über Suizid verursachte bei einer großen Anzahl von Teilnehmenden das Gefühl von Scham und Schuld.</p> <p>1.5. Verlust: von Bezugspersonen besonders durch Suizid von Bezugspersonen wurde von vielen Teilnehmenden als Faktor für soziale Isolation angesehen.</p> <p>1.6. Suizidgedanken: wurden einerseits als einzige Alternative dem Leiden zu entkommen angesehen und andererseits verursachten die Suizidgedanken hohes Leiden.</p> <p>2. Verbindung</p> <p>2.1. Medizinische Fachpersonen: Gefühl von Verbindung zu fürsorglichen und vertrauenswürdigen Personen war oft ein Grund, um weiter zu leben (besonders starke Verbindungen zu Fachpersonen).</p> <p>2.2. Wieder mit dem Selbst verbinden: Ein Teil des Genesungsprozesses, der für einen Teil die Überwindung von psychischen Erkrankungen/ Traumata darstellt und Selbstakzeptanz/ positive Lebensperspektiven für den anderen Teil.</p> <p>2.3. Religion/ Spiritualität: gab einigen Teilnehmenden auch nach ihrem Suizidversuch ein Gefühl von Gemeinschaft und Zugehörigkeit.</p> <p>2.4. Wertschätzung von Familie/Freunde: als wichtiger Faktor um wieder eine Verbindung schaffen zu können.</p> <p>3. Wendepunkte</p> <p>3.1. Hospitalisierung: wurde von mehreren Teilnehmenden als Wendepunkt von Suizidgedanke zu Lebenswillen angegeben.</p> <p>3.2. Auswirkungen auf Familie erkennen: Viele Teilnehmende schilderten, dass das Bemerken der Auswirkungen des Suizidversuchs auf Familienmitglieder ein Wendepunkt war.</p> <p>3.3. Dinge, die zu Erledigen sind: waren für manche Teilnehmer auch Wendepunkte (Schwangerschaft, Kinder erziehen, etc.).</p> <p>4. Bewältigung</p> <p>4.1. Zukunftsziele: zu entwickeln, wird von einigen Teilnehmenden als Bewältigungsstrategie angesehen.</p> <p>4.2. Gesundes Verhalten: Mit verschiedenen Formen der sozialen Unterstützung in Verbindung zu treten, war ein häufig zitiertes gesundes Bewältigungsverhalten.</p>
------------------------	---

	4.3. Suizid als Bewältigung: Mehrere Teilnehmende beschrieben ihre Suizidgedanken und -versuche als die einzige Möglichkeit, mit einem tiefen Gefühl der Selbstverachtung umzugehen. Während die Mehrheit der Teilnehmenden angab, Gründe für ihr Weiterleben finden zu können, gaben andere an, dass sie Suizid weiterhin als Option empfanden, wenn sie in der Zukunft nicht mehr zurechtkommen würden.
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindung/ Beziehungen stehen im Zusammenhang mit möglichen Wendepunkten/ Perspektivs Wechsel • Hospitalisierung als möglicher Wendepunkt (besonders bei starker Beziehung zu Fachperson) • Wahrnehmung des Ausmasses vom Suizidversuch auf Familie/ Freunde kann auch ein Wendepunkt sein • Unvollendete Aufgaben/ Lebensziele können Wendepunkte sein • starke Bindungen mit psychiatrischen Fachkräften kann Hoffnung auf Genesung generieren.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Die identifizierten Themen stimmten mit Lakeman und Fitzgerald (2008) überein, was die Universalität dieser Themen im Zusammenhang mit Selbstmord und Genesung stark zum Ausdruck bringt. Durch die erhaltene Einsicht konnte die Literatur um weitere Details erweitert werden.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Insgesamt stimmten die Ergebnisse weitgehend mit den Ergebnissen von Lakeman und Fitzgerald überein, mit Ausnahme der Themen Leiden/ psychischer Schmerz und Kampf. Die restlichen Ergebnisse stehen in Einklang mit vorliegenden Forschungsergebnissen.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Online-Forschungsstudien ermöglichen es den Teilnehmenden, alles anonym auszudrücken, was sie möchten, was wiederum reichhaltige Daten liefert und das Verständnis der Forscher für weitere Erkenntnisse fördert. • Zukünftige Forschungsarbeiten können auf der Grundlage der in diesem Projekt ermittelten Themen und Unterthemen entwickelt werden. • Durch ein besseres Verständnis darüber, wie Personen mit Suizidalität leben und sich davon erholen, besteht die Möglichkeit für das Gesundheitswesen, Assessments und Interventionen anzupassen und zu verbessern.

Zusammenfassung S8: A Narrative Web-Based Study of Reasons To Go On Living after a Suicide Attempt: Positive Impacts of the Mental Health System

Referenz: Kirkpatrick, H. B., Brasch, J., Chan, J., & Singh Kang, S. (2017). *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), e3–e9.
<https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.10>

Einleitung	
Forschungsfrage:	Welche Geschichten erzählen die Teilnehmenden über die positive Rolle / Wirkung des psychischen Gesundheitssystems?
Forschungsziel:	Als Teil einer umfangreicheren, webbasierten narrativen Studie (Reasons to Living Project (RTGOL)), die den Übergang von einem Suizidversuch zur Wahl von Leben verstehen will. Der Fokus liegt auf den positiven Auswirkungen des psychischen Gesundheitssystems auf die Teilnehmenden nach einem Suizidversuch, um durch einen wertschätzenden Forschungsansatz, bessere Praktiken zu fördern.
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (deskriptiv/ explorativ, prospektiv)
Stichprobe:	Von 226 eingereichten Geschichten, beschrieben 112 in einer bestimmten Weise mit dem psychischen Gesundheitssystem in Kontakt gekommen zu sein. 50 davon berichtetet ausreichend von positiven Erfahrungen mit der psychiatrischen Versorgung, um eine Analyse zu ermöglichen. Alle 50 Geschichten wiesen ausreichendes suizidales Verhalten auf und konnten für die Datenanalyse eingeschlossen werden. Bei den meisten Teilnehmenden lag der letzte Suizidversuch mehrere Jahre in der Vergangenheit.
Datenerhebung:	Auf der RTGOL- Website (Reasons.to-go-on-living/ www.thereasons.ca) wurden Teilnehmer im Zeitraum von fünf Jahren (Juli 2008 bis Juni 2013) eingeladen, einen freien Bericht/ Geschichte zu schreiben (Ohne Vorgaben und komplett anonym), über Gründe warum sie sich nach einer suizidalen Krise in der Vergangenheit für das Leben entschieden haben. Das unstrukturierte Erzählformat ermöglichte es den Teilnehmenden, ihre Erfahrungen in eigenen Worten zu beschreiben und das zu betonen, was sie als wichtig erachteten.
Datenanalyse:	Orientierte sich an der Arbeit von Lieblich et al. (1998) und Braun and Clarke (2006); Da die Datenerhebung über einen Zeitraum von fünf Jahren stattfand, fand die Datenanalyse im Verlauf der Studie in mehreren Phasen statt. Anfänglich tauchten die ursprünglichen Forschenden, die mit Studenten der Pflegeforschung zusammenarbeiteten, in die Daten ein als die Geschichten eintrafen, und suchten nach Themen. So begann die Identifizierung von Daten, die in eine Excel-Datei eingegeben wurden. In den nächsten 6 Jahren haben 14 Gruppen von Pflegeforschungsstudenten (3–4 Personen pro Gruppe) und der Hauptautor jede eingereichte Geschichte überprüft und der Master-Datentabelle hinzugefügt. Bei dieser Analyse wurden Geschichten verwendet, bei denen die Teilnehmer eine positive Beteiligung des psychischen Gesundheitssystems beschrieben haben (50 Geschichten). Weiter überprüften zwei Mitglieder des Forschungsteams die Geschichten, um Themen zu identifizieren, die

	sich auf positive Erfahrungen bezogen haben, und diese wurden in 3 Themen eingeteilt.
Ethik:	Die institutionellen Forschungsethikgremien vor Ort stimmten dieser Studie zu. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt; alle Daten wurden anonymisiert.
Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	<p>In Berichten über positive Erfahrungen mit der psychiatrischen Versorgung wurde die Idee beschrieben, dass sich eine Tür öffnet, ein Wendepunkt gegeben ist oder man der Person hilft, ihre Situation anders zu sehen. Die identifizierten Themen waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehung und Vertrauen zu einer Fachperson eines Gesundheitsberufes: half den Teilnehmern, die Dinge anders, hoffnungsvoller und zeitlich begrenzt zu sehen. 2. Die Rolle von Familie und Freunden (beschränkt auf Erfahrungen im Krankenhaus): mehrere Teilnehmende gaben an, von der Reaktion ihrer Familie auf ihren Suizidversuch betroffen zu sein. Die Auswirkungen auf ihre Familie und Freunde wahrzunehmen, stellte für manche ein Wendepunkt dar. 3. Die Möglichkeit, auf eine Reihe von Dienstleistungen zuzugreifen: wurde von vielen Teilnehmenden als Möglichkeiten zur Genesung und zur Erhaltung der psychischen Gesundheit erwähnt (Darunter dialektische Verhaltenstherapie (DBT), kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Recovery- Gruppen, Gruppentherapie, Anonyme Alkoholiker, Medikation und genaue Diagnostik)
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Pflegefachpersonen spielen eine zentrale Rolle und können Wendepunkte darstellen. • nach einem Suizidversuch bietet sich der Pflegefachperson die Gelegenheit, Betroffenen und Familien zu unterstützen und zu coachen.
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Es werden wichtige Inputs beschrieben, um Aspekte der Pflege zu verbessern, beispielsweise die Bewertung der Sicherheit als entscheidende Grundlage für die Pflege. Die Autoren konnten durch die Studie ein vertieftes Verständnis darstellen und ihre Forschungsfrage beantworten.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Die Ergebnisse stimmen mit den vorangegangenen Arbeiten über die Themen Bedeutung therapeutischer Beziehungen, Familienbeziehungen und Angebote zur psychiatrischen Versorgung überein und ergänzen diese.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Berichte, die viele Jahre nach dem Selbstmordversuch erzählt wurden, sprechen für die bleibende Wirkung der Erfahrungen dieser Personen. • Forschung mit erfahrenen Betroffenen Personen können bei der Planung und Konzeption der klinischen Arbeit helfen. • Die Geschichten vermitteln ein gewisses Verständnis dafür, wie man Menschen in einer Krise unterstützen kann, wenn sie

	<p>unmittelbar nach einem Suizidversuch mit Fachpersonen in Begegnung treten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das eine Pflegefachperson dazu in der Lage ist, für die betroffene Person einen entscheidenden Unterschied (Wendepunkt) darzustellen.
<p>Zusammenfassung S9: Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study: Involving patients in suicide prevention</p> <p>Referenz: Ghio, L., Zanelli, E., Gotelli, S., Rossi, P., Natta, W., & Gabrielli, F. (2011). <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 18(6), 510–518. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01697.x</p>	
Einleitung	
Forschungsziel:	Einblick in die individuellen Erfahrungen von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben zu erhalten, um die Gründe und Emotionen eines Suizidversuchs besser zu verstehen, und durch eigene Angaben der betroffenen Personen Einsicht in Suizidrisiko und Schutzwirkungen für Wiederholungsversuche zu gewinnen.
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (explorativ, prospektiv)
Stichprobe:	<p>Es wurden zwei Fokusgruppen aus 17 Teilnehmenden gebildet.</p> <p>Gruppe 1: fünf Frauen und vier Männer im Durchschnittsalter von 44.1 Jahren.</p> <p>Gruppe 2: fünf Frauen und drei Männer im Durchschnittsalter von 47.2 Jahren. Alle Teilnehmende befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung aufgrund eines Suizidversuchs im Spital.</p>
Datenerhebung:	<p>Die Fokusgruppen wurden von vier Forschenden geleitet und dauerten zwischen 90 und 100 Minuten. Die Gruppen begannen mit einem Befragungsprotokoll, um die Diskussion anzuregen und die Meinungen der Teilnehmenden zu folgenden Punkten zu sammeln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Gründe und Emotionen verstehen, die zu einem Selbstmordversuch führen; 2. Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich möglicher Wiederholungsversuche verstehen; 3. Bewertung der Zufriedenheit mit der Qualität der Pflege und Offenheit für Vorschläge im Zusammenhang mit der Behandlung. <p>Alle Teilnehmenden stand psychologische Unterstützung zur Verfügung und im Voraus wurde die Teilnahmefähigkeit durch eine ärztliche Untersuchung bestätigt.</p>
Datenanalyse:	Die Analyse der Ergebnisse wurde von vier Forschenden durchgeführt nach Krüger (1994), Kitzinger (1995); Barbour und Kitzinger (1999); Trilling (1999). Bestandteil der Analyse waren die Kodierung relevanter Themen, die Hervorhebung und Sortierung von Zitaten sowie die Anpassung der Zitate in entsprechenden thematischen Inhalt und Interpretation der Daten. Zusätzlich wurde einen Absatz hinzugefügt, der sich auf die Gruppeninteraktion bezieht.
Ethik:	Die Studie wurde von der Ethikkommission für medizinische Forschung des Universitätsklinikums San Martino genehmigt. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt; alle Daten wurden anonymisiert.

Ergebnis	
Ergebnisse der Studie:	<ol style="list-style-type: none"> Ursachen für den Suizidversuch und Kommunikation der Suizidgedanken: Das Gefühl der Befreiung und der Lösung unlösbarer Probleme oder unerträglicher Schmerzen wurde allgemein als Hauptgrund für Suizidversuche angesehen. Die Teilnehmenden berichteten, dass der Hauptauslöser in der Regel eine Schwierigkeit oder ein Konflikt innerhalb der Familie war: eine eheliche Trennung, die Erkrankung eines Elternteils oder Partnerkonflikt. Sie beschreiben einen Suizidversuch als unvorhersehbar, auch wenn ungewöhnliche Worte, Einstellungen und Verhaltensweisen «angekündigt» wurde. In Bezug auf die Emotionen, welche im Moment des Suizidversuchs wahrgenommen wurden, berichteten die Teilnehmenden, dass sie Ärger, Schmerz, geistiges Leiden, Verwirrung, das Gefühl, ein Automat zu sein, Verzweiflung und Depression gespürt haben. In einem Fall wurde Suizid auf fast magische Weise als etwas Attraktives erlebt (Erleichterung, Errettung). Risiko- und Schutzfaktoren bei wiederholten Suizidversuchen: Alle Teilnehmende gaben an, dass der Zeitraum unmittelbar nach dem Suizidversuch, einschließlich der Realisierung des Scheiterns, ein besonders hohes Risiko darstellte, da sie durch rasch wechselnde Emotionen und Gefühle gekennzeichnet sind, welche leicht unvorhersehbare und impulsive Reaktionen auslösen können. Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege und mögliche Vorschläge zur Unterstützung: Es wurde festgestellt, dass medizinisches Personal Probleme im Zusammenhang mit den Patienten zeigen können, da das Leiden hinter der Suizidalität, welches zum Suizidversuch führte, nur unzureichend bekannt ist. Dies führt zu Schuldzuweisungen und Stigmatisierung. Mangelndes Einfühlungsvermögen wurde als Pflegeproblem erwähnt.

Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrgenommene Emotionen während des Suizidversuchs: Ärger, Schmerz, geistiges Leiden, Verwirrung, das Gefühl, ein Automat zu sein, Verzweiflung und Depression. In einem Fall wurde Suizid als etwas Attraktives erlebt (Erleichterung, Errettung). • Wahrgenommene Emotionen nach einem missglückten Suizidversuch: Wut; Enttäuschung über den fehlgeschlagenen Versuch; Schuldgefühle • Als Schutzfaktoren wurden die Aufnahme in ein Spital, eine angemessene pharmakologische Behandlung, das Gefühl der Empathie von Angehörigen sowie die regelmäßige und kontinuierliche Überwachung durch Pflegefachpersonen unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus genannt. • Die Qualität der erfahrenen Gesundheitsversorgung wird aus der Perspektive menschlicher Beziehungen, mitfühlender Nähe und emotionalem Verständnis bewertet. Wenn eines dieser Elemente fehlt, wird die Gesundheitsversorgung als weitere Quelle von Frustration, Einsamkeit und Stigmatisierung wahrgenommen. • Therapeutische Interventionen und Präventionsstrategien sollen den Betroffenen ein warmes und positives Erlebnis bieten und darauf abzielen, eine gesunde Beziehung aufzubauen, Akzeptanz und Verständnis zu vermitteln, Hoffnung zu wecken und die Kommunikation und Verbindung mit anderen zu fördern. (Pflegefachpersonen als Hauptfiguren)
Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Das Ziel, den Erfahrungen von suizidalen Patienten eine Stimme zu geben, um das Phänomen weiter verstehen zu können, wurde erreicht.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Die Forschenden setzen sich mit ihren Ergebnissen und vorhandener Literatur auseinander und können die Ergebnisse durch bestehende Forschungsergebnisse stützen.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppeninterviews verwenden offen die Interaktion zwischen Menschen als Teil ihrer Gesamtmethode, konzentrieren sich dabei auf die Kommunikation zwischen den Teilnehmenden und schaffen ein nützliches Werkzeug zur Datenerfassung. • Ein Schlüsselpunkt ist der Beziehungsfaktor (sowohl als Auslöser als auch zur Unterstützung der Kommunikation über Suizidgedanken/ Vermittlung der Absicht eines wiederholten Selbstmordversuchs). Zwischenmenschliche Beziehungen und eine einfühlsame Umgebung bieten einen geschützten, therapeutischen Rahmen, über diese Gedanken zu sprechen. • Für Fachpersonen, die in psychiatrischen Abteilungen arbeiten, sollten fortlaufende Schulungsprogramme zur Suizidprävention angeboten werden. • Therapeutische Interventionen und Präventionsstrategien sollen den Betroffenen ein warmes und positives Erlebnis bieten und darauf abzielen, eine gesunde Beziehung aufzubauen,

	Akzeptanz und Verständnis zu vermitteln, Hoffnung zu wecken und die Kommunikation und Verbindung mit anderen zu fördern.
--	--

Zusammenfassung S10: **Yearning to Be Heard: What Veterans Teach Us About Suicide Risk and Effective Interventions**

Referenz: Montross Thomas, L. P., Palinkas, L. A., Meier, E. A., Iglewicz, A., Kirkland, T., & Zisook, S. (2014). *Crisis*, 35(3), 161–167.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000247>

Einleitung	
Forschungsziel:	Einblicke in die aufgetretene Suizidalität von schwer psychisch erkrankten (Veteranen) -Personen (Vorläufer ihrer Suizidhandlungen, Merkmale dieser Handlungen, Arten der Behandlung, die sie anschliessend erhalten haben, und Empfehlungen für die zukünftige Behandlung).
Methode	
Design:	Qualitatives Studiendesign (explorativ, prospektiv)
Stichprobe:	23 Teilnehmende (19 Männer und vier Frauen, im Alter von 29- 81 Jahren) mit schwerer psychischer Erkrankung, bei denen mindestens ein Suizidversuch oder ein unmittelbar bevorstehender Suizidplan dokumentiert wurde.
Datenerhebung:	Über einen Zeitraum von fünf Monaten führte jeder der 23 Teilnehmenden ein 60-90-minütiges Interview mit dem ersten Forscher durch und erhielt 40 US-Dollar für die Teilnahme. Jedes Interview wurde in Ton und / oder Video aufgenommen. Das Interview wurde mit Hilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt
Datenanalyse:	Alle Aufnahmen wurden Verbatim transkribiert und nach Phänomenologischer Theorie nach Van Manen (1997) analysiert. Alle Forschende lasen die Transkripte. Ein Teil der Forschenden teilte die erhaltenen Antworten in vier allgemeine Bereiche (Vorläufer, Merkmale, erhaltene Behandlung, Empfehlungen) auf, welche dann unter allen Forschenden präsentiert und diskutiert wurden. Zwei Forschende lasen erneut alle Transkripte und extrahierten die Aussagen, um die Themen weiter zu definieren.
Ethik:	Die Studie wurde vom Institutional Review Board der University of California in San Diego und im San Diego Veterans Affairs (VA) Hospital überprüft und genehmigt. Es wurde ein Informed consent aller Teilnehmer eingeholt; alle Daten wurden anonymisiert.
Ergebnis	

Ergebnisse der Studie:

Die Themen, die in den Patienteninterviews zu finden waren, werden anhand der vier allgemeinen Bereiche dargestellt:

1. **Vorläufer des Suizidereignisses:** die häufigsten Emotionen, die unmittelbar vor dem Suizidversuch aufgetreten sind, waren Isolation, Einsamkeit, Depression, Hoffnungslosigkeit. Dazu kamen Erfahrungen mit Drogenmissbrauch und Schlafstörungen. Besonderheiten, die bei an Schizophrenie erkrankten Personen ermittelt wurde: Schmerz durch fortlaufende Erfahrungen mit akustischen Halluzinationen (Imperativen Charakters).
2. **Charakteristika des Suizidereignisses:** Es fanden sich zwei «Hauptgruppen von Gefühlen» nach dem Suizidversuch: Für einige war der Suizidversuch von intensiver Hoffnungslosigkeit begleitet, wobei mehrere Ärger, Frustration, Trauer und Enttäuschung bezüglich des Misslingens des Versuchs, verspürten. Diese Emotionen führten zu einer verstärkten Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen, die versuchten, das Leben der Person zu retten. Andere Teilnehmende beschrieben Gefühle der Hoffnung und Erleichterung (weil sie heimlich froh waren, gelebt zu haben).
3. **Art der anschliessend erhaltenen Behandlung:** Einige gaben an «gute Betreuung» erhalten zu haben und andere gaben an «schlecht oder ineffektiv» behandelt worden zu sein.
4. **Persönlichen Empfehlungen der Betroffenen für die zukünftige Behandlung:** gelten für Gesundheitsfachpersonen: Verbesserung der Empathie, des Mitgefühls und den Fähigkeiten zuzuhören. Bei der Art der angebotenen Behandlungen konzentrierten sich die Teilnehmenden auf Bereitstellung wirksamer Medikamente und auf eine Form der sozialen Unterstützung. Der Bedarf an sozialer Unterstützung wurde häufiger als der Bedarf an traditionell basierenden Behandlungsprogrammen (z. B. therapeutischen Gruppen, Krankenhausprogrammen) beschrieben.

Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:

- Es fanden sich zwei «Hauptgruppen von Gefühlen» nach dem Suizidversuch.: Für einige war der Suizidversuch von intensiver Hoffnungslosigkeit begleitet, wobei mehrere Ärger, Frustration, Trauer und Enttäuschung bezüglich des Misslingens des Versuchs, verspürten. Diese Emotionen führten zu einer verstärkten Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen, die versuchten, das Leben der Person zu retten. Andere Teilnehmende beschrieben Gefühle der Hoffnung und Erleichterung (weil sie heimlich froh waren, gelebt zu haben).
- Die offensichtlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen guter und schlechter Pflege galten mehr den Persönlichkeits- oder zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Fachpersonen als der Wirksamkeit von Medikamenten oder Psychotherapie.
- Bei der Behandlung der Suizidalität achteten die Teilnehmenden genau darauf, ob ihre Ärzte fürsorglich, wertefrei, unterstützend und fähig waren. Es war der Umgang am Krankenbett, den Teilnehmende sehr schätzten, und viele nutzen dies, um die Vertrauenswürdigkeit der Einrichtung zu bestimmen.
- Einige Teilnehmende haben beschrieben, wie nur eine einzige Betreuungsperson einen großen Unterschied in ihrem Leben bewirken kann. « ...But then there are a certain few that do it on a consistent basis because they get something out of giving. When you get a person like that, it changes a person like myself. My whole outlook just changes because of one person. »
- Teilnehmende empfehlen den Gesundheitsfachpersonen sich mehr mit Ursachen/ Gründe der Suizidalität auseinanderzusetzen und sich Zeit zu nehmen, um zuzuhören.

- Der Bedarf an sozialer Unterstützung wurde häufiger als der Bedarf an traditionell basierenden Behandlungsprogrammen (z. B. therapeutischen Gruppen, Krankenhausprogrammen) beschrieben.
- Betroffene warten schon lange auf Gehör und warten gespannt auf die Bereitschaft der Fachpersonen, klinische Weisheit mit einer der grundlegendsten, aber lebenswichtigen Komponenten des Berufs zu verbinden, dem Mitgefühl.

Diskussion	
Beantwortung der Forschungsfrage:	Diese Studie bietet einen Einblick in das Auftreten von Suiziden aus der Perspektive schwerkranker Patienten.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	Die Forschenden setzen sich mit ihren Ergebnissen und vorhandener Literatur auseinander und können die Ergebnisse durch bestehende Forschungsergebnisse stützen.
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Charakteristika der Suizidakte zeigten eine enorme Variabilität auf und deuteten auf eine personalisierte Natur des Suizidereignisses hin. Einige Teilnehmenden berichteten, dass sie während ihres Versuchs ein Gefühl der Ruhe hatten, in der Hoffnung, dass ihre Probleme aufhören würden. Einige berichteten, dass sie sich frustriert und verärgert fühlten, als ihre Versuche erfolglos waren und andere bemerkten, dass sie erleichtert waren, dass ihr Leben verschont worden war. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass jede betroffene Person eine sehr unterschiedliche Konstellation von Gedanken und Emotionen erleben kann, die in Zusammenhang mit der Suizidalität stehen, wodurch für jeden Fall eine angepasste klinische Intervention erforderlich ist. • Die Teilnehmenden betrachteten die Fähigkeit einer Gesundheitsfachperson, zuzuhören, sich einzufühlen und Unterstützung anzubieten, als Schlüssel für eine wirksame Behandlung. • Die häufigste Empfehlung galt der Verbesserung von Empathie, Mitgefühl und Fähigkeit zuzuhören. • Der Wunsch, das Suizidereignis zu diskutieren, insbesondere als Mittel zur Bewältigung der zugrunde liegenden psychischen Gesundheitsprobleme, war offensichtlich. • Die Teilnehmenden wünschten sich Gesundheitsfachpersonen, die das Gesamtbild eines Suizidversuchs aus biopsychosozialer Sicht untersuchen würden. • Sie waren mit denjenigen unzufrieden, die lediglich beurteilten, ob ihre Medikamente nach einem Suizidereignis angepasst werden mussten.

Zusammenfassung S11: Brief Report: Why Suicide? Perceptions of Suicidal Inpatients and Reflections of Clinical Researchers Referenz: Kraft, T. L., Jobes, D. A., Lineberry, T. W., Conrad, A., & Kung, S. (2010). <i>Archives of Suicide Research</i> , 14(4), 375–382. https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524073	
Einleitung	
Forschungsfrage:	Es gibt viele Möglichkeiten, mit psychischen Schmerzen und emotionalem Leiden umzugehen. Wenn Sie über Ihren eigenen Kampf nachdenken, warum Suizid?
Forschungsziel:	Während bestehende Forschung ein wenig Licht auf den Inhalt des suizidalen Denkens und der Gefühle gebracht hat, muss eine grundlegendere Frage - "Warum Suizid?", Noch direkt und systematisch untersucht werden.
Methode	
Design:	Qualitatives Forschungsdesign (explorativ, Querschnittsstudie).
Stichprobe:	Die Teilnehmergruppe bestand aus 38 Frauen und 14 Männern; Alter von 18 bis 67 Jahre (Durchschnittsalter: 35.6 Jahre). Von den 52 Teilnehmenden berichteten 35 Personen über Suizidgedanken (ohne Suizidversuch), 10 Personen über einen Suizidversuch und 5 Personen über mehrere Suizidversuche in der Vergangenheit. Bei 85% der Teilnehmenden wurden Stimmungsstörungen diagnostiziert; bei 21% Angststörungen; bei 9% Anpassungsstörungen; bei 24% Persönlichkeitsstörungen und bei 40% wurde Drogenmissbrauch diagnostiziert. 4. Zwei nicht in die Forschung involvierte Studenten der Psychologie, wurden trainiert, das Codierungshandbuch zu verwenden (welches sieben endgültige Themen enthielt) und sortierten die Daten zu den Kategorien.
Datenerhebung:	Sammeln von schriftlichen Antworten mit Einwilligungserklärung von 52 stationären Patientinnen und Patienten, welche über Suizidgedanken oder Suizidverhalten innerhalb 48 Stunden nach Aufnahme in der Akutstation der Mayo Psychiatrie in Rochester, Minnesota, USA, berichteten. Die Antworten basierten auf der folgenden Frage: Es gibt viele Möglichkeiten, mit psychischen Schmerzen und emotionalem Leiden umzugehen. Wenn Sie über Ihren eigenen Kampf nachdenken, warum Suizid? Zur Beantwortung der Fragen stand pro Frage eine 5-Zoll- Linie zur Verfügung. Sollten mehrere Antworten für eine Frage eingegeben worden sein, zählte die erste Antwort.
Datenanalyse:	Ein Team aus Psychologiestudenten entwickelte ein modifiziertes Kodierungssystem (nach Hill, Thompson, Williams, 1997). Der Analyse Prozess bestand aus den folgenden vier Schritten: 1. Alle Antworten wurden von drei Studierenden der Psychologie in Kodierungskategorien sortiert. 2. Zusammen mit dem Forschungsteam fand eine Überprüfung statt, um eine abschliessende Liste mit Kategorien bilden zu können. 3. Alle Forschungsmitglieder überprüfte aktuelle Theorien der Literatur und und traf sich erneut mit der Gruppe, um den vereinbarten Satz von Kodierungskategorien zu kritisieren und zu verfeinern und sicherzustellen, dass relevante vorherige theoretische Arbeiten in diesem Verfeinerungsprozess nicht vernachlässigt wurden.

Ethik:	Das Institutional Review Board der Catholic University of America und die Mayo Clinic stimmten der Studie zu.		
Reflexion unterhalb der Forschenden:	Die Forschenden und Codierer trafen sich unterhalb, um Diskrepanzen zu besprechen und endgültige Codierungsentscheidungen abzustimmen.		
Ergebnis			
Ergebnisse der Studie:	Im Folgenden werden die Begründungen der Teilnehmenden in Prozent aus allen Resultaten dargestellt:		
	Kodierungskategorie	Häufigkeit	Prozent
	1. Leichter Ausweg	13	25.0
	2. Dauerhafte Lösung	10	19.2
	3. Dem Schmerz entkommen	9	17.3
	4. Einzige Möglichkeit	7	13.5
	5. Selbstbestimmt	5	9.60
	6. Hoffnungslosigkeit	4	7.70
	7. Beziehungsprobleme	4	7.70
Zentrale Ergebnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung:	<ul style="list-style-type: none">• Suizidgefährdete Personen sind verzweifelte Menschen, die auf primitivem und existenziellem Niveau Probleme lösen: weiterleben und kämpfen oder sterben und damit fertig werden.• Suizidale Personen leiden an einer Art „Tunnelblick“ oder „psychologischer Kurzsichtigkeit“, die sich auf das suizidale Verhalten bezieht.• Die Wahrnehmung der Betroffenen Person, dass Suizid eine "einfache" Lösung ist, hingegen der Forschungsergebnissen, die darauf hindeuten, dass Suizid viel Mut erfordert muss mit den Betroffenen Personen in Einklang gebracht werden.• Das Verständnis des Suizidwunsches (therapeutisches Einfühlungsvermögen in den Suizidwunsch) ist absolut entscheidend für die Fähigkeiten, sinnvolle Allianzen mit suizidalen Personen zu bilden. Gefahr für die Praxis: Das Aufzeigen solcher Behauptungen stösst normalerweise auf taube Ohren, wenn eine Person suizidal ist und kann als Versagen in Empathie gedeutet werden.• Wenn suizidale Personen wissen und fühlen, dass Fachpersonen die Gründe für Suizid verstehen und schätzen, besteht eine bessere Möglichkeit, eine therapeutische Basis zu schaffen und gemeinsam an der Frage «Warum Leben?» arbeiten zu können.		
Diskussion			

Beantwortung der Forschungsfrage:	Die Forschungsfrage wurde beantwortet. Die wichtigsten Antworten der Studie werden ausführlicher diskutiert, da diese auf wichtige Wahrnehmungen von Betroffenen eingehen.
Verhältnis der Ergebnisse zum Forschungsstand:	<p>Die Resultate werden durch bereits bestehende Literatur gestützt. Die Forschenden hatten jedoch bei psychischem Schmerz, Beziehungsprobleme, Selbstbezogene Probleme und Hoffnungslosigkeit ein höheres Auftreten erwartet. Die Betroffenen der Studie sehnen sich nach einer einfachen und dauerhaften Möglichkeit, ihren psychischen Schmerz zu beenden, wobei Suizid als der einzige Weg dafür angesehen wird. Die Forschenden stellten dagegen fest: 1. dass Selbstmord in der Tat nicht einfach zu bewerkstelligen ist</p> <p>2. obwohl dieses Mittel der Bewältigung brutal von Dauer ist, ist es unbestritten die extremste und begrenztste Möglichkeit, damit fertig zu werden</p> <p>3. sich auf Suizid als einzige Option zu verlassen, ist grundsätzlich falsch, da es unzählige andere Möglichkeiten dazu gibt, psychische Schmerzen und Leiden zu verringern, die nicht zum Tod führen, und somit all das damit verbundene Leid, welches ein Suizid mit sich bringt, verhindern würde.</p>
Bedeutung für Praxis und Forschung:	<ul style="list-style-type: none"> • In Bezug auf «leichter Ausweg» diskutieren die Forschenden, dass Theorien besagen, dass ein Suizid «nicht einfach» ist, sondern ein Akt, der viele und angesammelte Erfahrungen und Expositionen erfordert, die letztlich dazu führen, den Suizid durchzuführen. Im Gegensatz dazu werden viele Suizidversuche mit «nicht sicheren» - Methoden durchgeführt. Der Gedanke, dass Selbstmord in den Augen von Betroffenen irgendwie „leicht“ scheint, bedarf weiterer Forschung. • Wenn suizidale Personen wissen und fühlen, dass Fachpersonen die Gründe für Suizid verstehen und schätzen, besteht eine bessere Möglichkeit, eine therapeutische Basis zu schaffen und gemeinsam an der Frage «Warum Leben?» arbeiten zu können. • Es bedarf weiterer Forschung an der Frage «Warum Suizid?»

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie	
Titel der Studie: S1	Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor
Quelle:	Archives of Psychiatric Nursing Journal / Peer- Reviewed
Forschungsfrage:	Wie erleben Psychiatriepflegende ihre Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit in Bezug auf suizidales/ selbstverletzendes Verhalten? Wie reagieren sie auf Suizid und suizidales Verhalten und wie gehen sie mit den emotionalen Herausforderungen der Pflege von suizidalen Patienten um?
Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Nach ausführlicher Gegenüberstellung und Ausführung des Themas werden die Ziele und die Forschungsfrage konkret formuliert. Das Ziel der Studie ist bereits vorhandenes Wissen durch bestehende Literatur zum Thema weiter auszubauen.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Die Analyse wurde nach phänomenologischen Methoden nach Malterud (2011, 2012) durchgeführt. Die Wahl der Methode ist durch das Ziel, ein vertieftes Verständnis in das Erleben zu bekommen, begründet.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt, da das Ziel der Ausbau der bestehenden Literatur darstellt.

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<p><i>Wie erfolgte die Auswahl?</i></p> <p>Zweckmässiges Sample von 8 Teilnehmern, die mindestens seit 5 Jahren (bis zu 25 Jahre) Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege haben. Die Auswahl ist ausführlich begründet und nachvollziehbar (Genderunterschiede werden erklärt und die Auswahl wurde homogen und konventionell beschrieben).</p>
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<p><i>Auch die Perspektive des Forschers?</i></p> <p>Teilnehmer und Forscher werden beschrieben. Beruflicher Hintergrund der ersten Autorin wird dargestellt und begründet, wieso es von Nutzen ist, das sie aus dem gleichen Berufsfeld stammt (Transfer von Aussagen der Teilnehmer in die Praxis).</p>
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<p><i>Methode der Datensammlung?</i></p> <p>Ausführliche Darstellung der Datensammlung mit Ort des Interviews, Länge der Interviews, Art des Interviews (Semi-strukturiertes Interview), die Einstiegsfragen wurden dargestellt, Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.</p>
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<p><i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i></p> <p>4 Schritte Prozedere wurde durchgeführt (1. Schritt: lesen der Transkripte, um Überblick zu erhalten. 2. Schritt: Aussagen extrahieren und Codes zuordnen. 3. Schritt: Zusammenführung der Aussagen innerhalb der jeweiligen Code Gruppe. 4. Schritt: Zusammenfassenden Überblick erstellen). Ein Beispiel der Analyse von 2 Aussagen ist aufgeführt (Tabelle 1) und nachvollziehbar.</p>

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<p><i>Wenn nein: warum nicht?</i></p> <p>Ja. Es wird beschrieben, dass der hermeneutische Prozess solange durchgeführt wurde, bis man davon ausgehen konnte, dass die Resultate keinen weiteren Erkenntnissen mehr liefern werden (Vergleich mit empirischen Daten).</p>
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<p><i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i></p> <p>Die Ergebnisdarstellung ist ausführlich dargestellt worden. Alle Codes werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.</p>
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<p><i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i></p> <p>Die Ergebnisse wurden während des hermeneutischen Prozesses mit allen Autoren der Studie diskutiert und es wurde ein Konsens gebildet.</p>
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	<p>Die Ergebnisse geben einen nachvollziehbaren und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Teilnehmer. Die Verknüpfung zu bestehender Literatur wird permanent hergestellt und stützen die Ergebnisse empirisch. Der Diskussionsteil ist sehr ausführlich und bietet vertiefte Einblicke in die zu Beginn gestellten Fragen.</p>
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	<p>Im Zusammenschluss wird dargestellt, dass Psychiatriepflegefachpersonen eine wichtige Rolle in der Versorgung von suizidalen Patienten spielen. Dass ihre Fähigkeiten dazu benötigt und gefragt sind. Die Forschungsergebnisse können klar unterstreichen, dass</p>

Psychiatriepflegende mit ausreichend Ressourcen und Support versorgt werden sollen, um eine gute Pflege leisten zu können. Daraus können Personalschlüssel, Schulungsbedarf und Ausbildungsbedarf erhoben werden.

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 6

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie: S2	Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study
Quelle:	Archives of Psychiatric Nursing Journal / Peer- Reviewed
Forschungsfrage:	Welche Erfahrungen haben Intensivpflegefachpersonen bei der Unterstützung von suizidalen Patienten?

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<p><i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i></p> <p>Nach ausführlicher Gegenüberstellung und Ausführung des Themas werden die Ziele und die Forschungsfrage konkret formuliert. Ein Mangel an vorhandener Literatur wird aufgezeigt. Die Forschungsfrage wird eindeutig ausgewiesen im Methodenteil.</p>
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<p><i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i></p> <p>Grounded Theory und symbolischer Interaktionismus, um eine konsistente Erklärung der sozialen Phänomene zu bieten.</p>
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<p><i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i></p> <p>Eine themenbezogene Literaturrecherche durchgeführt und ist im Einleitungsteil dargestellt. Es wird ein Mangel an bestehenden Forschungsergebnissen beklagt und bestehende negative Haltungen von Pflegefachpersonen gegenüber suizidalen Patienten aufgezeigt.</p>
	<p><i>Wie erfolgte die Auswahl?</i></p>

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Die Teilnehmer wurden aus dem passenden Setting der Notaufnahme im Spital und Ambulanz ausgewählt, da diese sehr häufig in Kontakt mit Patienten nach oder während einer suizidalen Krise kommen. Die Teilnehmer mussten mindestens einmal Kontakt mit einer suizidalen Person gehabt haben. Es gab interne Variationen bezüglich der Erfahrung und des Personalcharakters innerhalb der Samplegruppe.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<p><i>Auch die Perspektive des Forschers?</i></p> <p>Die Teilnehmer und deren Umfeld werden ausführlich beschrieben. Über die Forscher wird wenig ausgewiesen, lediglich, dass die Datensammlung von Forschern stattfand, die nicht zum Klinikpersonal gehörten.</p>
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<p><i>Methode der Datensammlung?</i></p> <p>Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Die Datenerhebung und Analyse wurden zeitgleich ausgeführt. Ausführliche Darstellung der Datensammlung mit Ort des Interviews, Länge der Interviews. Die Einstiegsfragen wurden dargestellt, Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Während der Studienzeit wurden die Fragen evaluiert und angepasst.</p>
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<p><i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i></p> <p>Prozess der Analyse nach Grounded Theory durch theoretische Stichprobenerhebung, Feldnotizen, konstantes vergleichen, Erstellen von Codes und Kategorien und Generierung von Theorie.</p>
	<i>Wenn nein: warum nicht?</i>

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Ja. Die Datensammlung wurde durchgeführt bis zur Sättigung, bis die Daten keine relevanten Zusätze mehr liefern konnten, um das Phänomen zu erforschen.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<p><i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i></p> <p>Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Codes werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.</p>
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<p><i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i></p> <p>Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen, mit zwei weiteren Forschern diskutiert und angepasst (Wiederholend hermeneutisches Vorgehen) bis zur Einigung.</p>
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr nachvollziehbaren und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Pflegekräfte. Die Verknüpfung zu bestehender Literatur wird permanent hergestellt und stützen die Ergebnisse empirisch. Der Diskussionsteil ist sehr ausführlich und bietet vertiefte Einblicke in die zu Beginn gestellten Fragen.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	In den Praxisempfehlungen wird darauf hingewiesen, dass die Forschungsergebnisse brauchbar für Suizidpräventionsprogramme, Institutionsrichtlinien und Protokolle sein könnten, um Pflegefachpersonen mehr Ressourcen und Schulung zu bieten, damit eine gute Versorgung von suizidalen Patienten gewährleistet werden kann.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 5

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie:	NURSING STUDENTS' EXPERIENCES OF CARING FOR SUICIDAL PERSONS
S3	
Quelle:	<i>Journal of Professional Nursing/ Peer- Reviewed</i>
Forschungsfrage:	Erfahrungen von Pflegestudierenden in der Pflege von suizidalen Personen

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<p><i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i></p> <p>Die Ziele der Forschung werden deklariert.</p>
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<p><i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i></p> <p>Phänomenologisch- hermeneutisches Studie, um die Erfahrungswerte der Studenten erfassen zu können, durch vertieftes darlegen der gemachten Erfahrungen. Der hermeneutische Ansatz wurde gewählt, um die Sorgen der Studenten besser interpretieren zu können und um neue Erkenntnisse in der Pflege von suizidalen Personen gewinnen zu können.</p>
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<p><i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i></p> <p>Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil dargestellt. Durch die Literaturanalyse wird nochmals die Wichtigkeit der Forschungsfrage unterstrichen.</p>
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<p><i>Wie erfolgte die Auswahl?</i></p> <p>12 Teilnehmer wurden aus einer Klasse von 24 Studierenden ausgewählt, nachdem sie einen 7 wöchigen Pflegekurs zur Psychischen Gesundheit absolviert hatten.</p>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<p><i>Auch die Perspektive des Forschers?</i></p> <p>Die Teilnehmer waren Studierende des zweiten Jahres einer westlichen Pflegeschule mit jeweils 88 Studierenden pro Studienjahrgang. Die 12 Teilnehmer wurden per Mail angefragt. Sie waren Schüler von einem Forscher, der einen Praxiskurs unterrichtet hatte. Die Forschung fand erst nach dem Abschluss des Kurses statt. Die 12 Teilnehmerinnen waren hellhäutig und zwischen 21 und 26 Jahre alt. 1 Teilnehmer brach die Teilnahme ohne Angaben von Gründen ab.</p>
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<p><i>Methode der Datensammlung?</i></p> <p>Unstrukturierte, aufgezeichnete Interviews die 30- 60 Min. dauerten und wörtlich transkribiert wurden. Die Identität der Aufzeichnungen wurde während des Analyseprozesses verschleiert. Um die Datensättigung zu erreichen haben die Interviewer Vertiefungsfragen gestellt.</p>
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<p><i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i></p> <p>1) mehrmaliges Lesen aller Transkripte, um ein umfangreiches Verstehen der Daten zu erreichen</p> <p>2) <i>Kodierung der Daten nach starken Beispielen der Auszüge aus den Daten</i></p> <p>3) <i>Bildung von Kategorien</i></p> <p>4) <i>Austausch über die Kategorien und die zugeordneten Datenauszüge</i></p> <p>5) <i>relevante Literatur wurde in die Interpretationen mit eingebunden</i></p>

	<p>6) der interpretative Prozess wurde beendet, als auffallende Erkenntnisse aus der Analyse gewonnen werden konnten</p> <p>Bei der Einhaltung der Vereinbarung stellten sie sicher, dass die Interpretationen die Berichte der Teilnehmer über Pflege von suizidalen Personen widerspiegeln.</p>
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<p>Wenn nein: warum nicht?</p> <p>Ja. Die Datensammlung wurde durchgeführt bis zur Sättigung, bis die Daten keine relevanten Informationen mehr liefern konnten, um das Phänomen zu erforschen.</p>
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<p>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</p> <p>Die drei Hauptthemen werden ausführlich belegt durch Zitate und werden so transparent für den Leser. Der Prozess der Themenfindung ist kurzgehalten.</p>
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<p>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</p> <p>Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen. Das Forschungsteam vergleicht die Ergebnisse mit bestehender Literatur.</p>
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	<p>Die Ergebnisse geben einen Einblick in die Erfahrungen der Studierenden. Die Verknüpfung zu bestehender Literatur wird hergestellt und stützen die Ergebnisse. Da Sample sehr homogen ausgewählt ist und der Forscher ebenfalls die Lehrperson der Studierenden war, ist die Glaubwürdigkeit sowie die Anwendbarkeit in Frage zu stellen.</p>

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	In den Praxisempfehlungen werden konkrete Handlungsempfehlungen für die Ausbildung von Studierenden Pflegekräfte gemacht werden, die praxisnahe und anwendbar wirken.
--	---

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 4

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie:	Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients
S4	
Quelle:	<i>Nursing Ethics</i> / Peer- Reviewed
Forschungsfrage:	Wissen darüber zu entwickeln, was suizidales Leiden nach dem Überleben eines Suizidversuchs lindert aus der Sicht von Betroffenen.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Was sehen suizidale Personen als sinnvolle Hilfe in Pflege- und Behandlungssituationen?
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Hermeneutische Methodologie nach Gadamer (2010) um vertieftes Verständnis und Einsicht in die Erfahrungen und Gedanken der Teilnehmer zu erhalten.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Teilnehmergruppe ist ausreichend und entspricht dem Kontext der Studie. Die Auswahl ist ausreichend begründet.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Die Teilnehmer und deren Umfeld werden ausführlich beschrieben. Über die Forscher wird wenig ausgewiesen,

	lediglich, dass die Datensammlung von Forschern stattfand, die nicht zum Klinikpersonal gehörten.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Die Datenerhebung und Analyse wurden zeitgleich ausgeführt. Ausführliche Darstellung der Datensammlung mit Ort des Interviews, Länge der Interviews. Die Einstiegsfragen wurden dargestellt, Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Während der Studienzeit wurden die Fragen evaluiert und angepasst.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Prozess der Analyse nach Grounded Theory durch theoretische Stichprobenerhebung, Feldnotizen, konstantes vergleichen, Erstellen von Codes und Kategorien und Generierung von Theorie.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ja. Die Datensammlung wurde durchgeführt bis zur Sättigung, bis die Daten keine relevanten Zusätze mehr liefern konnten, um das Phänomen zu erforschen.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Codes werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.
	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen, mit zwei weiteren Forschern diskutiert und angepasst (Wiederholend hermeneutisches Vorgehen) bis zur Einigung.
---	---

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr nachvollziehbaren und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Pflegekräfte. Die Verknüpfung zu bestehender Literatur wird permanent hergestellt und stützen die Ergebnisse empirisch. Der Diskussionsteil ist sehr ausführlich und bietet vertiefte Einblicke in die zu Beginn gestellten Fragen.
---	--

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	In den Praxisempfehlungen wird darauf hingewiesen, dass die Forschungsergebnisse brauchbar für Suizidpräventionsprogramme, Institutionsrichtlinien und Protokolle sein könnten, um Pflegefachpersonen mehr Ressourcen und Schulung zu bieten, damit eine gute Versorgung von suizidalen Patienten gewährleistet werden kann.
--	--

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 6

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie: S5	Finally, it became too much—experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide
Quelle:	<i>Scandinavian journal of caring sciences</i> / Peer- Reviewed
Forschungsfrage:	Erfahrungen von Personen nach suizidalen Krisen oder kürzlich durchgeführtem Suizidversuch

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Die Forschungsfrage wird klar ausgewiesen: Welche Gedanken haben suizidale Personen über erfahrene Krisen?
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Hermeneutischer Ansatz nach Gadamer. Auswahl wird ausreichend begründet.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Teilnehmergruppe besteht aus zehn Teilnehmern, welche mindestens einen Suizidversuch oder eine suizidale Krise erlitten.
	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Die Teilnehmer und deren Umfeld werden ausführlich beschrieben. Über die Forscher wird wenig ausgewiesen.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Ausführliche Darstellung der Datensammlung mit Ort des Interviews, Länge der Interviews. Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Prozess der Analyse in sechs nachvollziehbaren Prozessschritten nach Braun und Clarke. Ergebnisse wurden konstant verglichen, danach Erstellen von Codes und Kategorien und Generierung von Theorie.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ja. Da die Dauer der Erhebung ausreichend lang stattgefunden hat und nochmals Kontakt zu den Befragten aufgenommen wurde, kann von einer ausreichenden Datensättigung ausgegangen werden.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Kategorien werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.
	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen, unterhalb den Forschenden diskutiert.
---	--

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr nachvollziehbaren und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen. Die Verknüpfung zu bestehender Literatur wird permanent hergestellt und stützen die Ergebnisse. Der Diskussionsteil ist sehr ausführlich und bietet vertiefte Einblicke in die zu Beginn gestellten Fragen.
---	---

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden nachvollziehbare Anwendungsmöglichkeiten und Implikationen für die weitere Forschung ersichtlich.
--	---

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 6

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie: S6	Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses
Quelle:	<i>International Journal of Mental Health Nursing</i> / Peer-Reviewed
Forschungsfrage:	Erfahrungen und Bedürfnisse von Personen in suizidalen Krisen, in welchem Grad diese Bedürfnisse befriedigt wurden, welche Rolle dabei die Bemühung um eine therapeutische Beziehung seitens Pflegefachpersonen spielte und Schlüsselfaktoren, welche die Pflegequalität beeinflussen.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Die Forschungsfrage wurde nicht ausgewiesen, nur das Forschungsziel wurde erwähnt.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Mixed Method mit Befragung und Interview. Ausführliche und nachvollziehbare Begründung der Wahl.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Teilnehmergruppe der Befragung bestand aus 87 psychiatrischen Pflegekräften in Australien. Die semistrukturierten Tiefeninterviews wurden mit 11 Pflegekräften durchgeführt, welche Pflege von suizidalen Personen in der Vergangenheit geleistet haben und 9

	Betroffenen, welche sich in der Vergangenheit in einer suizidalen Krise befanden.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<p><i>Auch die Perspektive des Forschers?</i></p> <p>Die Teilnehmer und deren Umfeld werden ausführlich beschrieben. Über die Forscher wird wenig ausgewiesen.</p>
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<p><i>Methode der Datensammlung?</i></p> <p>Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Ausführliche Darstellung der Datensammlung mit Ort des Interviews, Länge der Interviews. Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.</p>
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<p><i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i></p> <p>Prozess der Analyse in nachvollziehbaren Prozessschritten Ergebnisse wurden konstant verglichen, danach Erstellen von Kategorien. Welche Methodologie angewandt wurde ist nicht klar ausgewiesen.</p>
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<p><i>Wenn nein: warum nicht?</i></p> <p>Ja.</p>
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<p><i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i></p> <p>Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Kategorien werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.</p>
	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen und bestätigt.
---	--

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen und der Pflegefachpersonen. Die Darstellung erfolgt unstrukturiert und kann dadurch zu Verwirrungen führen.
---	--

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden nachvollziehbare Anwendungsmöglichkeiten und Implikationen für die weitere Forschung ersichtlich.
--	---

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 4

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie:	The Reasons to Go On Living Project: stories of recovery after a suicide attempt
S7	
Quelle:	<i>Qualitative Research in Psychology</i> / Peer- Reviewed
Forschungsfrage:	Den Übergang von dem Durchführen eines Suizids zur Wahl von Leben zu verstehen.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<p><i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i></p> <p>Die Forschungsfrage wurde nicht ausgewiesen, nur das Forschungsziel wurde erwähnt.</p>
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<p><i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i></p> <p>Narrative Erzählungen, Geschichten schreiben (online und anonym). Begründung ist nachvollziehbar und ausführlich.</p>
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<p><i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i></p> <p>Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt.</p>
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<p><i>Wie erfolgte die Auswahl?</i></p> <p>Die Teilnehmergruppe der zugelassenen Erzählungen bestand aus 113 Teilnehmer. Die Geschichten wurden auf ihre Eignung geprüft (Suizidalität in Vergangenheit vorhanden?) und dementsprechend verwendet oder verworfen. .</p>
	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Da die Befragung online und anonym stattfand, können keine Aussagekräftigen demografischen Angaben gemacht werden. Die Forscher werden im Schlussteil vorgestellt.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Ausführliche Darstellung der Datensammlung.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Analyse nach Lieblich et al und Braun und Clarke. Datenanalyse in zwei Phasen, welche einen ausführlichen Prozess aufweisen und externe Personen mit einschliesst.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ja.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Kategorien werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen und bestätigt.
Anwendbarkeit	

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr eindrücklichen und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen. Die Darstellung ist sehr nachvollziehbar und strukturiert aufgebaut.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden nachvollziehbare Anwendungsmöglichkeiten und Implikationen für Assessments und Interventionen zur Genesung von Betroffenen nach einem Suizidversuch dargestellt.

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 5

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie: S8	A Narrative Web-Based Study of Reasons To Go On Living after a Suicide Attempt: Positive Impacts of the Mental Health System
Quelle:	<i>Journal of Mental Health and Addiction Nursing</i> / Peer- Reviewed
Forschungsfrage:	Den Übergang von dem Durchführen eines Suizids zur Wahl von Leben zu verstehen und welche positiven Effekte der psychiatrischen Pflege festgestellt wurden im Recovery Prozess.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Die Forschungsfrage wurde nicht ausgewiesen, nur das Forschungsziel wurde erwähnt.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Narrative Erzählungen, Geschichten schreiben (online und anonym). Begründung ist nachvollziehbar und ausführlich.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Teilnehmergruppe der zugelassenen Erzählungen bestand aus 112 Teilnehmenden. Die Geschichten wurden auf ihre Eignung geprüft (Suizidalität in Vergangenheit vorhanden?) und dementsprechend verwendet oder verworfen.
	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Da die Befragung online und anonym stattfand, können keine Aussagekräftigen demografischen Angaben gemacht werden.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Ausführliche Darstellung der Datensammlung.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Analyse nach Lieblich et al und Braun und Clarke. Datenanalyse in zwei Phasen, welche einen ausführlichen Prozess aufweisen und externe Personen miteinschliesst.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ja. Der Untersuchungszeitraum von 6 Jahren und der Einschluss von externen Forschenden lassen auf eine ausreichende Datensättigung schliessen.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Kategorien werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Die Ergebnisse wurden während des Prozesses wiederholend mit bestehenden Forschungsergebnissen verglichen und bestätigt.
Anwendbarkeit	

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr eindrücklichen und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen. Die Darstellung ist sehr nachvollziehbar und strukturiert aufgebaut.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden nachvollziehbare Anwendungsmöglichkeiten und Implikationen für die Pflegepraxis dargestellt.
Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 5	
nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): <i>Evidence-based Nursing and Caring</i>. Hans Huber: Bern.	

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie: S9	Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study
Quelle:	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> / Peer-Reviewed
Forschungsfrage:	Einsicht in die individuellen Erfahrungen von Personen zu erhalten, die einen Suizidversuch begangen haben, um besser die Gründe und Gefühle dahinter zu verstehen sowie Einsicht in Schutzfaktoren und Risikofaktoren für weitere auftretende Suizidalität.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Die Forschungsfrage wurde nicht ausgewiesen, nur das Forschungsziel wurde erwähnt.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Phänomenologisches Vorgehen, um Hauptthemen zu identifizieren und vertieftes Verständnis zu erhalten.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Eine themenbezogene Literaturrecherche wurde im Voraus durchgeführt und ist im Einleitungsteil genannt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Fokusgruppenteilnehmer wurden aus einem geeigneten Setting rekrutiert. Alle 17 Teilnehmenden wurden aufgrund eines Suizidversuchs hospitalisiert.
	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Die Teilnehmenden werden ausführlich beschrieben. Über die Forschenden sind keine Angaben auffindbar. Das Umfeld ist ausreichend beschrieben worden.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Ausführliche Darstellung der Datensammlung.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Analyse nach verstehender Hermeneutik und Kodierung von Hauptthemen.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Im Analyseprozess wurde ausgewiesen, dass die Daten so lange erhoben wurden und mit Beobachtungen des Interviews bereichert wurden, bis ausreichend Daten erhoben waren. Zusätzlich weisen die Forschenden aus, dass sie nach evidenzbasierter Vorgehensweise interviewten.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Kategorien werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Die Ergebnisse sind vergleichbar mit bisheriger Literatur.
Anwendbarkeit	

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr eindrücklichen und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen. Die Darstellung ist sehr nachvollziehbar und strukturiert aufgebaut.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden nachvollziehbare Anwendungsmöglichkeiten und Implikationen für die Pflegepraxis dargestellt, wie Beispielsweise Anwendungsmöglichkeiten in Assessments.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 5

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Titel der Studie: S10	Yearning to Be Heard: What Veterans Teach Us About Suicide Risk and Effective Interventions
Quelle:	<i>Crisis / Peer- Reviewed</i>
Forschungsfrage:	Einsicht in die individuellen Erfahrungen von psychisch schwer erkrankten Personen zu erhalten, die einen Suizidversuch begangen haben.

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Die Forschungsfrage wurde nicht ausgewiesen, nur das Forschungsziel wurde erwähnt.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Phänomenologisches Vorgehen, um Hauptthemen zu identifizieren und vertieftes Verständnis zu erhalten.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Es wurde nur eine sehr dürftige und kurze Literaturrecherche betrieben.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Teilnehmenden wurden aus einem geeigneten Setting rekrutiert, mit mindestens einem Suizidversuch in der Vorgeschichte. Die Auswahl wurde nachvollziehbar begründet.
	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Die Teilnehmenden und die Forschenden werden ausführlich beschrieben. Das Umfeld ist ausreichend beschrieben worden.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Der Zeitraum der Datensammlung wird ausgewiesen. Ausführliche Darstellung der Datensammlung und der Art der Interviews. Die Interview- Leitfragen werden ausführlich aufgeführt.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Analyse nach phänomenologischer Theorie (Van Manen, 1997). Kodierung der Themen und Austausch unter den Forschenden.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Im Analyseprozess wurde ausgewiesen, dass die Daten in einem Zeitraum von 5 Monaten erhoben wurden. Die Interviewart lässt darauf schliessen, dass die Datensättigung erreicht wurde.
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Die Ergebnisdarstellung ist sehr ausführlich dargestellt worden. Alle Kategorien werden mit mindestens zwei Zitaten aus den Interviews belegt und verknüpft.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Die Ergebnisse sind vergleichbar mit bisheriger Literatur und werden im Diskussionsteil verglichen.

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Die Ergebnisse geben einen sehr eindrücklichen und tiefen Einblick in die Erfahrungen der Betroffenen. Die Darstellung ist sehr nachvollziehbar und strukturiert aufgebaut.
---	---

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Es werden nachvollziehbare Anwendungsmöglichkeiten und Implikationen für die Pflegepraxis dargestellt, wie beispielsweise Anwendungsmöglichkeiten in Suizidinterventionen und den Umgang mit suizidalen Personen.
--	---

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 5

nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Benotung erfolgt in den Zahlen 1- 2- 3- 4- 5- 6, wobei 1 die schlechteste Note und 6 die bestmögliche Note darstellt: 1 – BIAS nicht vermieden, 2 – BIAS sehr schwach vermieden, 3 – BIAS schwach vermieden, 4 – BIAS ausreichend vermieden, 5 – BIAS gut vermieden, 6 – BIAS sehr gut vermieden